Health Canada Santé Canada

CANADA'S HEALTH CARE SYSTEM

Canada

Our mission is
to help the people of Canada
maintain and improve their health.
Health Canada

Inquiries should be directed to:

Health System and Policy Division
Policy and Consultation Branch
Health Canada
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Postal Locator 0910A
Ottawa, Ontario
Canada
K1A 0K9

This pamphlet is available on Health Canada's Internet site at:

http://www.hc-sc.gc.ca/datapcb/datahesa/E-sys.htm

Cat. No.: H39-502/1999
ISBN: 0-662-64433-6
Canada's Health Care System.

CANADA'S HEALTH CARE SYSTEM

Canada has a predominantly publicly financed, privately delivered health care system that is best described as an interlocking set of ten provincial and three territorial health insurance plans. Known to Canadians as "Medicare", the system provides access to universal, comprehensive coverage for medically necessary hospital, in-patient and out-patient physician services.

This structure results from the constitutional assignment of jurisdiction over most aspects of health care to the provincial order of government. The system is referred to as a "national" health insurance system in that all provincial/territorial hospital and medical insurance plans are linked through adherence to national principles set at the federal level.

The management and delivery of health services is the responsibility of each individual province or territory. Provinces and territories plan, finance, and evaluate the provision of hospital care, physician and allied health care services, some aspects of prescription care and public health.

The federal government's role in health care involves the setting and administering of national principles or standards for the health care system (i.e., *Canada Health Act)*, assisting in the financing of provincial health care services through fiscal transfers, and fulfilling functions for which it is constitutionally responsible. One of these functions is direct health service delivery to specific groups including veterans, native Canadians living on reserves, military personnel, inmates of federal penitentiaries and the Royal Canadian Mounted Police. Other federal government health-related functions include health protection, disease prevention, and health promotion.

PRINCIPLES OF MEDICARE

The *Canada Health Act* stipulates the criteria that provincial health insurance plans must meet in order for a province to qualify for its full federal transfer payments. The following five criteria are known as the "principles" of Canada's national health care system:

Public Administration

The health insurance plan of a province must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority accountable to the provincial government.

Comprehensiveness

The plan must insure all medically necessary services provided by hospitals and physicians. Insured hospital services include in-patient care at the ward level (unless private or semi-private rooms are medically necessary) and all necessary drugs, supplies and diagnostic tests, as well as a broad range of out-patient services. Chronic care services are also insured, although some payment in respect of accommodation costs may be required by patients who more or less permanently reside in the institution.

Universality

The plan must entitle 100 percent of the insured population (i.e., eligible residents) to insured health services on uniform terms and conditions.

Accessibility

The plan must provide, on uniform terms and conditions, reasonable access to insured hospital and physician services without barriers. Additional charges to insured patients for insured services are not allowed. No one may be discriminated against on the basis of income, age, health status, etc.

Portability

Residents are entitled to coverage when they move to another province within Canada or when they travel within Canada or abroad. All provinces have some limits on coverage for services provided outside Canada, and may require prior approval for non-emergency out-of-province services.

How The System Works

Canada's health care system relies extensively on primary care physicians (e.g., general practitioners), who account for about 51% of all active physicians in Canada. They are usually the initial contact with the formal health care system and control access to most specialists, many allied providers, hospital admissions, diagnostic testing and prescription drug therapy.

Canada does not have a system of "*socialized medicine*", with doctors employed by the government. Most doctors are private practitioners who work in independent or group practices and enjoy a high degree of autonomy. Some doctors work in community health centres, hospital-based group practices or work in affiliation with hospital out-patient departments. Private practitioners are generally paid on a fee-for-service basis and submit their service claims directly to the provincial health insurance plan for payment. Physicians in other practice settings may also be paid on a fee-for-service basis, but are more likely to be salaried or remunerated through an alternative payment scheme.

When Canadians need medical care, in most instances, they go to the physician or clinic of their choice and present the health insurance card issued to all eligible residents of a province. Canadians do not pay directly for insured hospital and physicians' services, nor are they required to fill out forms for insured services. There are no deductibles, co-payments or dollar limits on coverage for insured services.

A number of allied health care personnel are also involved in primary health care to a certain extent. Dentists work independently of the health care system, except where in-hospital dental surgery is required. While nurses are generally employed in the hospital sector, they also provide community health care including home care and public health services. Pharmacists dispense prescribed medicines and drug preparations and also act as an independent knowledge source, by providing information on prescribed drugs, or by assisting in the purchase of non-prescription drugs.

Over 95% of Canadian hospitals are operated as private non-profit entities run by community boards of trustees, voluntary organizations or municipalities. Hospitals have control of the day-to-day allocation of resources provided they stay within the operating budgets established by the regional or provincial health authorities. Hospitals are primarily accountable to the communities they serve, not to the provincial bureaucracy. The for-profit hospital sector comprises mostly long-term care facilities or specialized services such as addiction centres.

In addition to insured hospital and physician services, provinces and territories also provide public coverage for other health services that remain outside the national health insurance framework for certain groups of the population (e.g., seniors, children and welfare recipients). These supplementary health benefits often include prescription drugs, dental care, vision care, assistive equipment and appliances (prostheses, wheelchairs, etc.) to independent living and services of allied health professionals such as podiatrists and chiropractors.

Although the provinces and territories do provide some additional benefits, supplementary health services are largely privately-financed and Canadians must pay privately for these non-insured health benefits. The individual's out-of-pocket expenses may be dependent on income or ability to pay. Individuals and families may acquire private insurance, or benefit from an employment-based group insurance plan, to offset some portion of the expenses of supplementary health services. Under most provincial laws, private insurers are restricted from offering coverage which duplicates that of the governmental programs, but they can compete in the supplementary benefits market.

Milestones in the Evolution of Universal Health Insurance

Canada's health insurance system evolved into its present form over five decades.

Prior to the late 1940's, private medicine dominated health care in Canada resulting in access to care being based on ability to pay. The trend to universal, publicly financed health insurance began in 1947 when the province of Saskatchewan introduced a public insurance plan for hospital services. In 1956, the federal government, seeking to encourage the development of hospital insurance programs in all provinces, offered to cost-share hospital and diagnostic services on a roughly fifty-fifty basis. By 1961, all ten provinces and the two territories had signed agreements establishing public insurance plans that provided universal coverage for at least in-patient hospital care that qualified for federal cost-sharing.

Public medical care insurance also began in the province of Saskatchewan, providing coverage for visits to, and services provided by, physicians outside hospitals. The federal government enacted medical care legislation in 1968 to cost-share, again on a roughly fifty-fifty basis, the costs of provincial medical care services. By 1972, all of the provincial and territorial plans had been extended to include physicians' services. Thus, by that year, the objective to have a national health insurance plan for hospital and medical care in Canada had been realized.

For the first twenty years, the federal government's financial contribution in support of Medicare was determined as a percentage—about half—of provincial expenditures on specified insured health services. In 1977, these cost sharing arrangements were replaced by per capita transfers to the provinces and territories, known as block funding. For the period 1977 to 1996, the federal contribution was based on a uniform per capita entitlement and took the form of a tax transfer (taxing power) [1] and cash payments.

With the arrival of block funding arrangements in 1977, the provinces' entitlement to the federal contribution became conditional solely on their compliance with the criteria set out in the federal hospital and medical care legislation. Because transfers were no longer tied to provincial spending on hospital and physician services, the provinces had the flexibility to invest in other approaches to health care delivery, such as extended health care services and community health centres, or to expand coverage for supplementary health benefits, such as prescription drugs for seniors or dental care for children.

In 1979, a health services review undertaken by the Hall Commission reported that health care in Canada ranked among the best in the world, but it warned that extra-billing by doctors—requiring patients to supplement what a doctor was paid by the provincial plan—and user fees levied by hospitals were creating a two-tiered system that threatened accessibility to care.

In response to these concerns, the federal government reaffirmed its commitment to a universal, accessible, comprehensive, portable, publicly-administered health insurance system when the Parliament of Canada passed the *Canada Health Act* in 1984. To discourage provincial user charges and extra-billing, the *Act* provides for a mandatory dollar-for-dollar penalty, deducted from federal transfer payments, if any province permits user charges or extra-billing for insured health services.

The federal government remains firmly committed to the principles of the *Canada Health Act*.

Funding

Health care in Canada is financed primarily through taxation, in the form of provincial and federal personal and corporate income taxes. Some provinces use ancillary funding methods which are

nominally targeted for health care, such as sales taxes, payroll levies and lottery proceeds. These funds, however, are not earmarked specifically for health and are added to the central revenues of the province. They play a relatively minor role in health care financing.

Two provinces (i.e., Alberta and British Columbia) utilize health care premiums. The premiums are not rated by risk in either province and prior payment of a premium is not a pre-condition for treatment, in accordance with the *Canada Health Act*.

For the period 1977 to 1996, the federal contribution for insured health services was combined with that for post-secondary education and provided through a block funding transfer. The federal contribution was based on an equal per capita entitlement which was adjusted annually according to changes in Gross National Product and calculated independently of provincial costs.

Beginning in fiscal year 1996-97, the federal government's contribution to provincial health and social programs was consolidated in a new single block transfer, the Canada Health and Social Transfer. Federal funding is transferred to the provinces as a combination of cash contributions and tax points. As with the previous transfer arrangement, provincial health insurance plans must adhere to the principles of the *Canada Health Act* in order to be eligible for the full federal transfer payments.

To strengthen the health care system, the federal government announced in the 1999 Budget that provinces and territories will receive an additional $11.5 billion over the period from 1999-2000 to 2003-2004, specifically for health care under the Canada Health and Social Transfer.

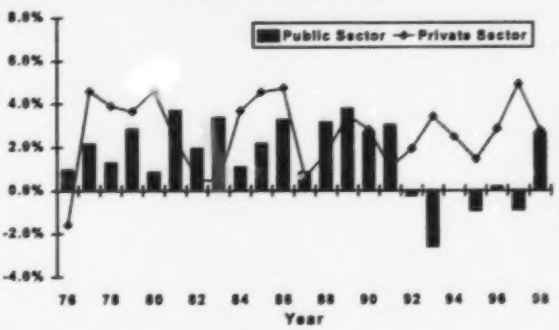
The schematic diagram of the Funding Structure of the Health System in Canada (found at the end of this brochure) indicates that the flow of funds from individuals (on the left hand side of the diagram) inthe form of payment of taxes and premiums to governments, employers and private insurers, finance the health care delivery system and providers (on the right hand side of the diagram).

Figure A
Total Health Expenditures by Sector of Finance, Canada, 1998

* Federal Transfers are mainly the health portion of Canada Health and Social Transfer, estimated using the 1995-96 distribution of Established Programs Financing (EPF) and Canada Assistance Plan (CAP).

Source: Health Canada

Figure B
Percentage Change of Real Per Capita Public and Private Health Expenditures, Canada, 1976 to 1998



Source: Health Canada

Health Spending

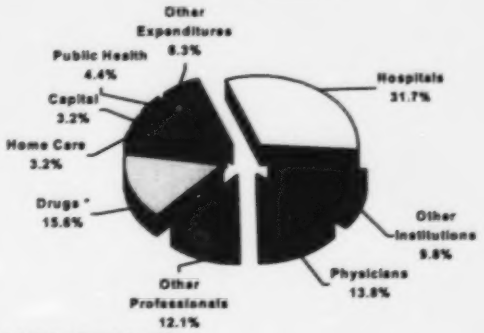
In 1998, total health expenditures in Canada (in current dollars) were $82.5 billion (Cdn) or $2,694 (Cdn) per capita (approximately $1,785 US per capita). Health expenditures accounted for 9.3% of Gross Domestic Product (GDP) in 1998, down from the 1992 peak level of 10.1% of GDP. Health care spending accounts for around one-third of provincial program expenditures.

Public sector funding represents about 68.7% of total health expenditures. The remaining 31.3% is financed privately through supplementary insurance, employer-sponsored benefits or directly out-of-pocket (Figure A & D). The controls inherent in the single-payer approach to health care are recognized as a major contributor to Canada's recent cost containment success.

The single-payer attribute of public insurance has enabled the provinces and territories to better control the growth of health expenditures in the public sector than has been the case in the private sector (Figure B). Provinces and territories have considerable power to manage health care spending. For example, a hospital's operating costs are paid out of the annual budget it negotiates with the provincial ministry of health, or with a regional authority given the devolution of many health planning and delivery functions to communities since the early 1990's. In most cases, proposals for the expansion of programs, services and health facilities must be approved by community and provincial authorities. The acquisition and distribution of expensive high-tech equipment among a region's hospitals is also subject to prior approval to avoid unnecessary duplication of services or their under-utilization.

Compensation for physician services is also negotiated between the provinces and the provincial medical associations on the basis of fee and utilization increases, subject to various forms of individual physician or global ceilings. Salaries for nurses' services are generally negotiated through collective bargaining between the unions and employers.

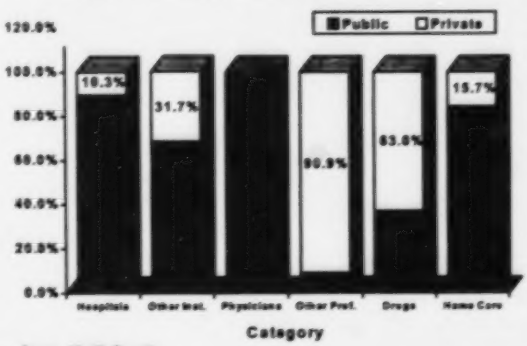
Figure C
Total Health Expenditures by Category, Canada, 1998



* Includes drugs in hospitals

Source: Health Canada

Figure D
Public and Private Shares of Health Expenditures by Category, Canada, 1998



Source: Health Canada

Benefits of Medicare

Health Status

One of the most important indicators of the system's success is the favourable health status of Canadians. The life expectancy for Canadians born in 1997 is 78.6 (81.4 years for women, and 75.8 years for men), among the highest in industrialized countries. The 1996 infant mortality rate of 5.6 per 1,000 live births is one of the lowest in the world. Canada's health care system is regarded as a major contributor to Canada's number one world ranking on the United Nations Human Development Index.[2]

Economic Benefits

Medicare provides a variety of economic benefits, which arise from efficiency and cost-savings associated with public financing and competitive

advantages it provides to Canadian business. Public financing spreads the cost of providing health services equitably across society. In addition to the benefits derived from the single-payer attributes of the Canadian health system, financing health insurance through the taxation system is efficient since it does not require the creation of a separate collection process.

> *The Canadian health care system is one of the central determinants of our industrial competitiveness and our quality of life* (Conference Board of Canada, 1998).[3]

A 1999 study by KPMG, the international business advisors, comparing business costs in North America, Europe and Japan found that Canada has the lowest business costs. A significant advantage was Canada's lower labour costs resulting from lower employee-sponsored benefits (ESB), especially medical insurance.[4]

Canadian business supports the health insurance program, not only because its efficiency has been proven, but also because it provides competitive advantages to the business sector. These advantages include lower employee benefit costs and the promotion of a healthy and mobile workforce. While universal access to quality health care services helps ensure a healthy population and, therefore, a healthy and productive labour force, the national character of Canada's health insurance system enhances labour force mobility, which can be very important in responding to changing business requirements and opportunities.

Public health insurance coverage in Canada is based solely on residency. The portability principle of the *Canada Health Act* ensures that residents are covered when they move or while they are temporarily absent from their province. Workers, therefore, need not fear losing health insurance coverage for themselves and their families because they change jobs or move to another province in search of employment.

NATIONAL FORUM ON HEALTH[5]

The National Forum on Health was launched in 1994 to engage the public and health stakeholders in a dialogue to chart a course for the future of health and health care in Canada. The Forum submitted its final report, *Canada Health Action: Building on the Legacy*, on February 4, 1997. The Forum's overall prescription for sustaining Canada's health system for the future is a balance of actions on non-medical determinants and actions within the health care system itself.

On economic grounds, the Forum says that the single-payer model of public health insurance (Medicare) is the best approach to controlling overall spending on health. The report concludes that a range of concerted actions, based on informed decisions, is needed to make the system more efficient, effective and more reflective of contemporary practice in health care delivery. Recommendations include:

- restructuring the organization, funding and delivery of primary care services; funding the care, rather than the provider or site; taking steps to bring home care and medically necessary drugs under the umbrella of the publicly funded health care system;
- a broad, integrated child and family strategy involving both programs and income support; the creation of a national foundation to strengthen community action; an Aboriginal Health Institute; and help for people trying to enter the work force; and
- the adoption of an evidence-based system at the clinical, management and policy level, and at the public information level - with federal leadership in this area through the development of a nationwide population health information system.

In the 1997 Budget, the Government of Canada provided some early responses to several forum recommendations in announcing $300 million over the next three years for: a new Health Transition Fund (focussing on evidence-based innovations in home care, pharmacare, primary care and integrated service delivery); a national strategy for an integrated Canadian Health Information System; and increased funding for community-based children and prenatal nutrition initiatives.

Renewing Canada's Health Care System

In the early 1980s, health care spending required larger portions of total provincial resources, to the point where they represented between 28% and 36% of provincial program expenditures. Accounting for such a large proportion of provincial expenditures, health care was targeted by most provinces for restraint and cost efficiencies. Provinces were able to undertake much of this cost-control by using the power of a single-payer structure.

There is a growing comprehension of a change in future population health needs, and an understanding of the actual impact of health care on the population's general health status. This is evident in the general policy shift away from discussions of the health care system to a focus on the *health system*, which recognizes that health is more than health care. The overall orientation of new provincial policy directions is the continuance of the shift away from an emphasis on health care towards a more comprehensive and integrated view of health.

The federal and provincial governments have responded to the need to adapt the system to today's realities in several ways, notably: by adopting a determinant of health framework which recognizes that while health care is obviously an important contributor to health, its role must be placed in context as only one component of a much broader set of determinants of health; by shifting the emphasis of the health care system away from institutionally-based delivery models (i.e., physicians and hospital-based care) to integrated community-based models which place increased emphasis on health promotion and prevention; and, by developing strategies for the coordinated management of the health care workforce, including the remuneration, geographical distribution and appropriate use of various health providers.

Governments, health providers and Canadians alike agree that all efforts to preserve and enhance Canada's health care system have to build upon the five fundamental principles of the *Canada Health Act* that guide the design and operation of our national health insurance system. Canadians regard health care as a basic right and they value their health system highly. They identify strongly with their health care system because it exemplifies many of the shared values of our society, such as equity, fairness, compassion, and respect for the fundamental dignity of all. Adherence to the

CANADA: SELECTED FACTS

Demographics	#	Year
Population	30.9M	1999*
% of Pop. aged 0 - 24	33.2	1998*
" " " " 25 - 44	32.3	1998*
" " " " 45 - 64	22.2	1998*
" " " " 65 +	12.3	1998*
Health indicators		
Life expectancy at birth (yrs)	78.6	1997*
Median age of women	36.1	1996*
Median age of men	34.5	1996*
Infant mortality rate per 1,000 live births	5.6	1996*
Potential years of life lost per 100,000 pop.	3,483	1996*
Major causes of death (% of total causes)		
Cancer	27.2	1997*
Heart disease	26.6	1997*
Cerebrovascular diseases (mainly stroke)	7.4	1997*
Hospitals and other institutions		
Hospital inpatient days per 1,000 pop.	1,132.0	1996-97*
Average length of stay (inpatient days)	10.7	1996*
Hospital beds per 1,000 pop.	5.6	1993-94*
Residential care beds per 1,000 pop.	8.1	1993-94*
Average hospital costs per day	$623	1995-96*
Hospital staff per bed	3.0	1995-96*
Health care providers		
Total # of physicians	55,243	1997*
Active physicians per 100,000 pop.	183	1997*
# of GP's	28,108	1997*
% of physicians who are GP's	50.9	1997*
# of Specialists	27,135	1997*
% of physicians who are specialists	49.1	1997*
Specialists per 100,000 pop.	90	1997*
Registered nurses	229,813	1997*
Registered nurses per 100,000 pop.	763	1997*

* Statistics Canada * Canadian Institute for Health Information

principles of the *Canada Health Act* will remain an important characteristic of Canada's health care system as it continues to evolve to respond to the needs of Canadians.

Conclusion

Canada has been successful in its efforts to contain national health expenditures. In the mid-1990s health expenditures levelled off and declined somewhat further. While cost containment within specific sectors remains a priority in order to provide for the reallocation of resources, the pragmatic concerns of containing overall costs have been largely addressed. Canada is now turning its attention toward longer-term considerations about the future of the national health care system. These longer-term considerations are focusing on ensuring that the health care system remains responsive to Canadians' health needs now, and in the future, and appropriate for achieving good health outcomes and health status. There is general agreement that in order to make the health care system more responsive and accountable to the public, it is necessary to move toward an integrated, high quality health care system that can provide the needed care in an effective and affordable manner. Canadians expect to be informed of the performance of the health care system and to be involved in the transition of the system to address their needs in the twenty first century and beyond.

In the 1999 Budget, the Government of Canada announced key steps to strengthen health care in Canada, improve the health of Canadians and enhance health research. Transfer payments to the provinces/territories for health services will increase by $11.5 billion over the five year period from 1999-2000 to 2003-2004. In addition to increased transfers, the 1999 Budget injected $1.4 billion over three years into such key areas as research, information and technology, First Nations and Inuit health systems and programs, and enhancements to health promotion and health protection programs. This investment in the health of Canadians and their health care system represents the largest single new investment ever made by the Government.

It is anticipated that the Canadian health care system will continue its development through an evolutionary process as it is renewed to reflect the new vision of a health system. While health care, with its focus on hospital and medical care, continues to play a prominent and vital role, it is increasingly being recognized as one element of a larger health care system encompassing a broader range of services, providers and delivery sites. Support for, and adherence to, the national principles of the *Canada Health Act* across the country will ensure that the essential elements and character of the Canadian health care system remain as the foundation upon which the health system will evolve.

NOTES

1. "Tax transfer" refers to the transfer of a given number of income and corporate tax points from the federal government to the provinces; in other words, the federal government agrees to lower its personal and corporate income tax so that the provinces can step in and raise their own taxes by the same percentage points as the corresponding federal tax reduction.

2. The United Nations Human Development Index ranks countries according to their citizens' education, access to health care and average income. Canada has topped the index six consecutive years in a row (1994-1999). United Nations Development Programme (selected years), *Human Development Report*, New York: Oxford University Press.

3. Conference Board of Canada; *Performance and Potential 1998:* Ottawa.

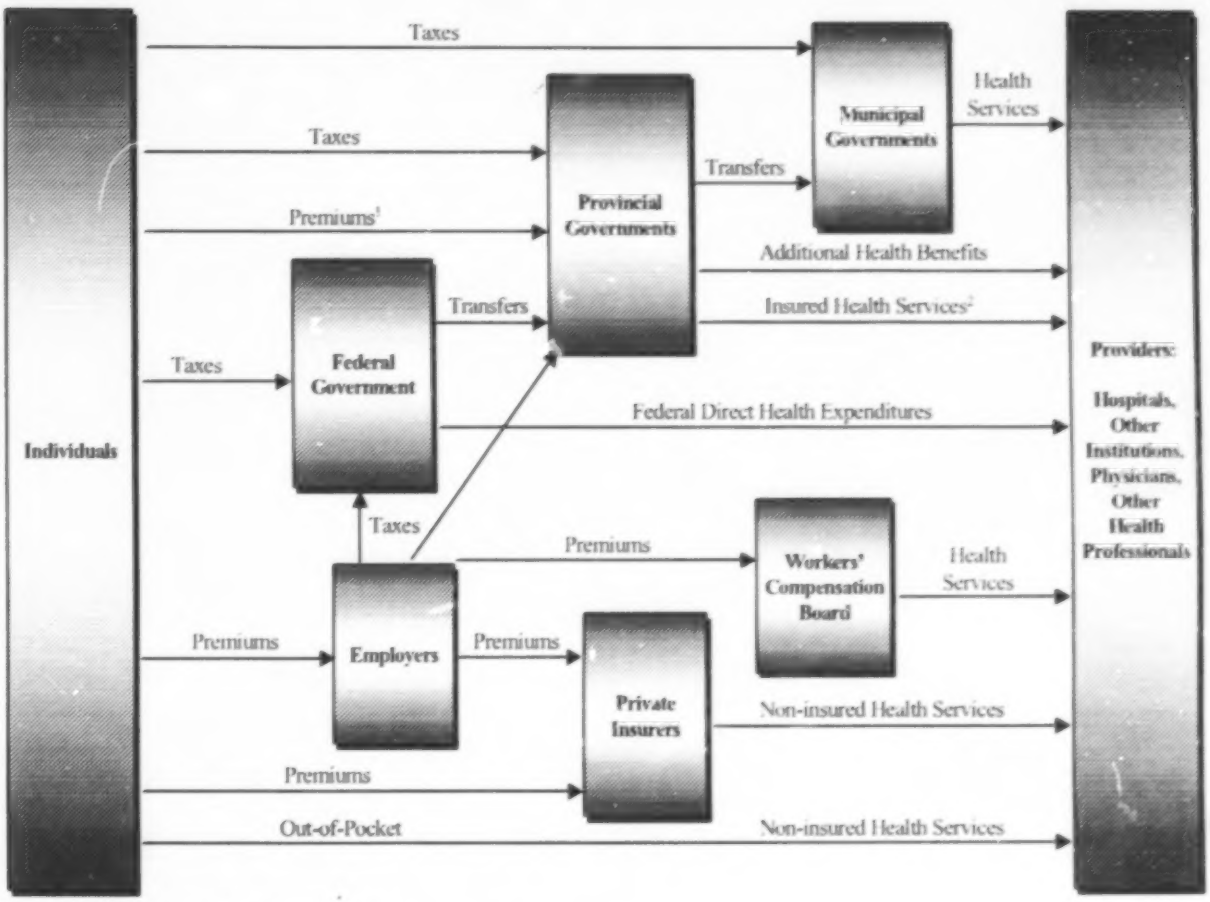
4. KPMG (1999); *The Competitive Alternative: A comparison of business costs in North America, Europe and Japan*: KPMG Canada and Prospectus Inc.

5. National Forum on Health (1997); *Canada Health Action: Building on the Legacy*, Final report of the National Forum on Health, Ottawa.

Health System and Policy Division
Health Policy and Information Directorate
Policy and Consultation Branch
Health Canada
Brooke Claxton Building
PL 0910A
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

http://www.hc-sc.gc.ca/
July 1999

The Funding Structure of the Health System in Canada



1. Two Provinces, British Columbia and Alberta levy health premiums.
2. Medically-necessary hospital and physician services.

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.

Health Canada Santé Canada

Santé Canada Health Canada

Le système de soins de santé au Canada

Canada

Notre mission est
d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

Onpeutobtenirdesrenseignementsauprèsdela:

Divisiondespolitiquesetdusystèmedesanté
Directiongénéraledespolitiquesetdelaconsultation
SantéCanada
ImmeubleBrooke-Claxton
PréTunney
Localisateurpostal0910A
Ottawa(Ontario)
Canada
K1A0K9

CettebrochureestdisponiblesurlesiteInternetdeSantéCanadaà l'adresse:

http://www.hc-sc.gc.ca/datapcb/datahesa/F-sys.htm

No. de catalogue: H39-502/1999
ISBN: 0-662-64433-6
Le système de soins de santé au Canada.

Le système de soins de santé au Canada

Le système de soins de santé au Canada est principalement financé par l'État et les services sont fournis par le secteur privé. C'est une mosaïque de régimes d'assurance-maladie de dix provinces et de trois territoires, s'imbriquant les uns dans les autres. Connu sous le nom d'assurance-maladie, le système de santé canadien offre un accès universel et complet aux services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires, tant pour les malades hospitalisés que pour les malades externes.

Cette structure est issue de l'autorité que la Constitution canadienne confère aux provinces pour la plupart des aspects des soins de santé. Il s'agit d'un système d'assurance-maladie « national » en ce sens que tous les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie sont liés par le respect des principes nationaux établis au niveau fédéral.

La gestion et la prestation des services de santé incombent individuellement aux provinces et territoires, qui planifient, financent et évaluent la prestation des soins hospitaliers, des services médicaux et paramédicaux, de certains aspects des soins prescrits par ordonnance et des services de santé publique.

Quant au gouvernement fédéral, son rôle dans le secteur de la santé consiste à établir et à administrer des principes ou des normes à l'échelle nationale pour le système de soins de santé (c'est-à-dire la *Loi canadienne sur la santé*), à aider au financement des services de santé provinciaux sous forme de transferts fiscaux, et à s'acquitter des certaines fonctions en vertu de la Constitution. Parmi ces fonctions, il y a la prestation directe de services de santé à quelques groupes, dont les anciens combattants, les Autochtones vivant dans des réserves, le personnel militaire, les détenus des pénitenciers fédéraux et la Gendarmerie royale du Canada. Le gouvernement fédéral voit aussi à la protection et à la promotion de la santé ainsi qu'à la prévention des maladies.

PRINCIPES DE L'ASSURANCE-SANTÉ

La *Loi canadienne sur la santé* stipule les conditions que doit respecter un régime provincial d'assurance-maladie pour que la province ait droit à la totalité de ses paiements de transfert fédéraux. Les cinq conditions suivantes constituent les «principes» de base du système de soins de santé au Canada :

Gestion publique

Le régime provincial d'assurance-maladie doit être géré sans but lucratif par une autorité publique responsable devant le gouvernement provincial.

Intégralité

Le régime doit assurer tous les services médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux et les médecins. Les services hospitaliers assurés comprennent les soins aux malades hospitalisés en salle commune (ou, si médicalement nécessaires, en chambre privée ou semi-privée) et tous les médicaments, matériels et services de diagnostic requis, ainsi qu'une vaste gamme de services aux malades externes. Les soins aux malades chroniques sont également assurés, bien que certains frais d'hébergement puissent être perçus.

Universalité

Le régime doit offrir à la totalité des assurés de la province (soit les résidants admissibles) l'accès aux services de santé assurés selon des modalités uniformes.

Accessibilité

Le régime doit offrir, selon des modalités uniformes, un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux assurés sans qu'il n'y ait d'obstacles. Il est interdit d'imposer des frais supplémentaires aux malades assurés pour des services couverts. Personne ne peut faire l'objet d'une discrimination en raison de son revenu, de son âge, de son état de santé, etc.

Transférabilité

Les résidants ont le droit à une protection lorsqu'ils déménagent dans une autre province au Canada ou lorsqu'ils voyagent au Canada ou à l'étranger. Toutes les provinces peuvent imposer certaines limites à la protection des services assurés à l'extérieur du pays et peuvent exiger une approbation préalable pour les services non urgents fournis à l'extérieur de la province.

Les rouages du système

Les médecins de premier recours (p. ex. les omnipraticiens) sont le moteur du système de soins de santé canadien, constituant environ 51 % de l'ensemble des médecins exerçant au Canada. Ils sont habituellement le premier point de contact avec le système officiel des soins de santé et la clé qui donne accès à la plupart des spécialistes, à de nombreux services paramédicaux à l'hospitalisation, aux tests diagnostiques et à la thérapie par des médicaments prescrits.

Le Canada n'a pas un système de *«médecine socialisée»*, au sein duquel l'État emploie des médecins. La plupart des médecins sont des praticiens d'exercice privé qui travaillent dans des cabinets indépendants ou collectifs et jouissent d'une grande autonomie. Certains médecins travaillent dans des centres de santé communautaire, dans des cabinets collectifs à l'intérieur d'hôpitaux ou en affiliation avec les services hospitaliers de consultations externes. Les praticiens d'exercice privé sont habituellement rémunérés à l'acte et présentent leurs honoraires directement au régime d'assurance-maladie provincial. Les médecins qui exercent dans d'autres milieux peuvent aussi être rémunérés à l'acte, bien qu'habituellement, ils reçoivent un salaire ou soient rémunérés selon un autre barème de paiement.

Lorsque les Canadiens ont besoin de services médicaux, ils vont, dans la plupart des cas, chez le médecin ou à la clinique de leur choix et présentent la carte d'assurance-maladie qui est remise à tous les résidants admissibles d'une province. Les Canadiens ne paient pas directement les services hospitaliers et médicaux assurés et ils n'ont pas à remplir des formulaires pour les services assurés. Il n'y a pas de franchise ni de quote-part à verser et aucun plafond n'est imposé pour les services assurés.

Le personnel paramédical participe également aux soins de santé primaires dans une certaine mesure. Les dentistes travaillent indépendamment du système de soins de santé, sauf dans le cas des chirurgies dentaires nécessitant une hospitalisation. Bien que les infirmiers et infirmières soient généralement à l'emploi du secteur hospitalier, on en retrouve aussi dans les services primaires, normalement en conjonction avec les cabinets privés. Les pharmaciens fournissent des préparations pharmaceutiques et des médicaments prescrits. Ils constituent une source de renseignements indépendante, puisqu'ils informent le public sur les médicaments prescrits et donnent des conseils pour l'achat de médicaments en vente libre.

Plus de 95 % des hôpitaux canadiens sont administrés par des entités à but non lucratif dirigées par des conseils communautaires d'administration, des organismes bénévoles ou des municipalités. Les hôpitaux gèrent eux-mêmes l'affectation courante des ressources pourvu qu'ils respectent les budgets de fonctionnement établis par les autorités régionales ou provinciales de la santé. Ils rendent compte principalement aux collectivités qu'ils servent, et non à l'administration provinciale. Le secteur hospitalier à but lucratif regroupe la plupart des établissements de soins de longue durée ou les services spécialisés tels que les centres de désintoxication.

Outre les services hospitaliers et médicaux assurés, les provinces et les territoires paient d'autres services de santé qui n'entrent pas dans le cadre national d'assurance-maladie pour certains groupes de la population (p. ex. les aînés, les enfants et les assistés sociaux). Ces services complémentaires comprennent souvent les médicaments prescrits, les soins dentaires, les soins de la vue, les appareils et accessoires fonctionnels (prothèses, fauteuils roulants, etc.) favorisant l'autonomie, ainsi que les services de professionnels paramédicaux tels que les podiatres et les chiropraticiens.

Bien que les provinces et les territoires offrent certains services complémentaires, ceux-ci sont en grande partie financés par des sources privées, et les Canadiens doivent payer eux-mêmes ces services de santé non assurés. Les dépenses qu'un particulier assume peuvent dépendre du revenu ou de la capacité de payer de ce dernier. Les particuliers et les familles peuvent acheter une assurance privée ou profiter d'un régime d'assurance collective de l'employeur pour absorber une partie des coûts. En vertu de la plupart des lois provinciales, les

assureurs privés ne peuvent offrir la même protection que celle des régimes gouvernementaux, mais ils peuvent rivaliser sur le marché des services complémentaires.

Les grandes étapes de l'évolution de l'assurance-maladie universelle

Il a fallu cinq décennies pour en arriver au système d'assurance-maladie actuel au Canada.

Avant la fin des années 1940, les soins de santé au Canada reposaient surtout sur la médecine en cabinet privé, et leur accès dépendait du pouvoir de payer du malade. La tendance vers un système d'assurance-maladie universel, financé par l'État, a commencé à se dessiner en 1947 lorsque la province de la Saskatchewan a instauré un régime public d'assurance-hospitalisation. En 1956, le gouvernement fédéral, qui cherchait à favoriser l'implantation de régimes d'assurance-hospitalisation dans toutes les provinces, a offert de partager à peu près moitié-moitié les coûts des services hospitaliers et diagnostiques. En 1961, les dix provinces et les deux territoires avaient signé des accords établissant des régimes publics d'assurance qui offraient une protection universelle au moins pour les soins aux malades hospitalisés dont les coûts pouvaient être partagés avec le gouvernement fédéral.

L'assurance-maladie publique a également pris son envol dans la province de la Saskatchewan, lorsque celle-ci a décidé de payer les consultations et les services dans des cabinets de médecin en dehors des hôpitaux. En 1968, le gouvernement fédéral a adopté une loi sur l'assurance-maladie afin de partager les frais des services médicaux avec les provinces, encore une fois à peu près moitié-moitié. En 1972, tous les régimes provinciaux et territoriaux couvraient les services médicaux. Cette année-là, l'objectif d'avoir un régime d'assurance-maladie national pour les soins hospitaliers et médicaux au Canada était enfin réalisé.

Pendant les vingt premières années, la contribution financière du gouvernement fédéral à l'assurance-maladie a consisté en un pourcentage - environ la moitié - des dépenses provinciales consacrées à des services de santé assurés précis. En 1977, cette forme de partage des frais a été remplacée par des transferts par habitant aux provinces et territoires, soit le financement global. Pour la période de 1977 à 1996, la contribution fédérale a été fondée sur un montant uniforme par habitant et versée sous la forme d'un transfert fiscal (pouvoir d'imposition)[1] et de paiements en espèces.

Les modalités du financement global, entrées en vigueur en 1977, prévoyaient que la contribution fédérale serait accordée aux provinces uniquement si celles-ci respectaient les critères énoncés dans la loi fédérale sur les services hospitaliers et médicaux. Comme les transferts ne sont plus liés aux dépenses provinciales en matière de services hospitaliers et médicaux, les provinces peuvent investir dans d'autres mécanismes de prestation de soins de santé, comme des soins de longue durée et des centres de soins communautaires, ou étendre la protection à des services complémentaires tels que les médicaments prescrits pour les aînés et les soins dentaires pour les enfants.

Un examen des services de santé mené en 1979 par la Commission Hall a révélé que les soins de santé au Canada figuraient parmi les meilleurs au monde, mais que la surfacturation par les médecins - demandant à leurs clients de compléter le montant remboursé par le régime provincial - et les frais d'utilisation perçus par les hôpitaux créaient un système à deux vitesses qui menaçait l'accessibilité aux soins.

En réponse à ces préoccupations, le gouvernement fédéral a réaffirmé l'importance qu'il attachait à un système d'assurance-maladie universel, accessible, intégral, transférable et administré par l'État lorsque le Parlement du Canada a adopté la *Loi canadienne sur la santé* en 1984. Pour dissuader les provinces de tolérer les frais d'utilisation et la surfacturation, la *Loi* prévoit une sanction obligatoire d'un montant équivalent, retenu sur les paiements de transfert fédéraux, pour les provinces qui autorisent les frais d'utilisation ou la surfacturation pour des services de santé assurés.

Le gouvernement fédéral continue de tenir fermement aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Le financement

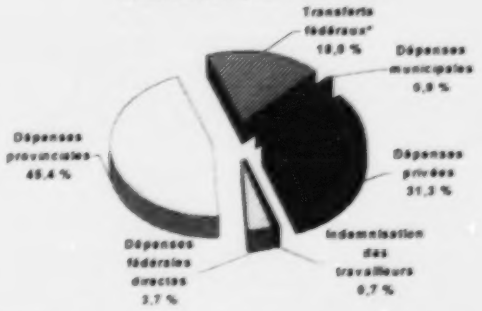
Les soins de santé au Canada sont essentiellement financés par les impôts que les provinces et le gouvernement fédéral perçoivent sur le revenu des particuliers et des sociétés. Certaines provinces ont recours à des méthodes de financement accessoires qui visent surtout les soins de santé, comme les taxes de vente, les retenues sur la paye et les recettes de loterie. Ces fonds ne sont cependant pas réservés précisément à la santé et s'ajoutent à l'ensemble des recettes de la province. Ils sont relativement peu utilisés pour le financement des soins de santé.

Deux provinces (l'Alberta et la Colombie-Britannique) perçoivent des primes d'assurance-maladie. Aucune des deux provinces ne fixe les primes en fonction du risque, et le traitement n'est pas conditionnel au versement préalable d'une prime, en conformité avec la *Loi canadienne sur la santé*.

Pour la période de 1977 à 1996, la contribution fédérale pour les services de santé assurés a été combinée à celle pour l'enseignement postsecondaire et versée sous forme d'un transfert de financement global. Elle était fondée sur un montant égal par habitant, qui était ajusté annuellement en fonction des changements au produit national brut et calculé indépendamment des coûts provinciaux.

Au début de l'année financière 1996-1997, les contributions fédérales consenties aux provinces pour la santé et les programmes sociaux ont été fusionnées en un nouveau transfert global unique, soit le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Ce transfert consiste en une combinaison de contributions pécuniaires et de points fiscaux. Tout comme dans le cas des transferts antérieurs, les régimes provinciaux d'assurance-maladie doivent respecter les principes de la *Loi canadienne sur la santé* pour avoir droit à l'intégralité des paiements de transfert fédéraux.

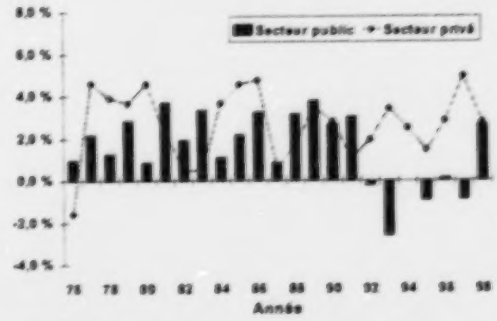
Figure A
Total des dépenses de santé par secteur de financement, Canada, 1998


Transferts fédéraux* 18,0 %
Dépenses municipales 0,9 %
Dépenses privées 31,3 %
Indemnisation des travailleurs 0,7 %
Dépenses fédérales directes 3,7 %
Dépenses provinciales 45,4 %

* Les transferts fédéraux constituent la partie des dépenses de santé du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, calculés d'après la répartition de 1995-1996 du Financement des programmes établis (FPE) et du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC).

Source : Santé Canada

Figure B
Pourcentage des modifications apportées aux dépenses publiques et privées réelles de santé par habitant Canada, 1975 à 1998



Source : Santé Canada

Pour améliorer le système de santé, le gouvernement fédéral a annoncé dans le Budget de 1999 que les provinces et les territoires recevraient 11,5 milliards de dollars de plus, au cours de la période de 1999-2000 à 2003-2004, particulièrement en matière de soins de santé en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux.

Le diagramme de la structure de financement du système de santé au Canada (qu'on retrouve à la fin de cette brochure) indique que le mouvement des

fonds des particuliers (à gauche), qui versent des impôts et des primes aux gouvernements, aux employeurs et aux assureurs privés, finance le système de prestation des soins de santé et les fournisseurs (à droite).

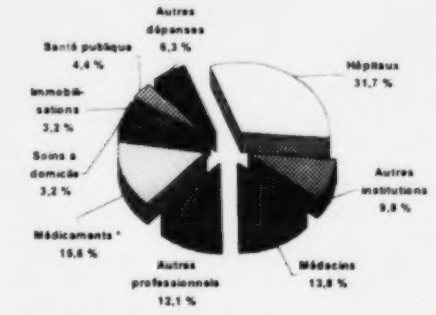
Les dépenses de santé

En 1998, les dépenses totales de santé au Canada (en dollars courants) se sont élevées à 82,5 milliards de dollars (CAN), soit 2 694 $ (CAN) par habitant (environ 1 785 $ US par habitant). Les dépenses de santé ont constitué 9,3 % du produit intérieur brut (PIB) en 1998, une baisse par rapport au niveau record de 10,1 % atteint en 1992. Les provinces consacrent jusqu'à un tiers de leurs budgets aux dépenses de soins de santé.

Le secteur public finance environ 68,7 % du total des dépenses de santé. Le reste, soit 31,3 %, est financé par des sources privées telles que les assurances privées, les avantages payés par les employeurs ou les déboursés directs des individus (Figures A et D). Les contrôles inhérents à un système de santé fondé sur le principe du payeur unique sont reconnus et ont contribué grandement aux récents succès du Canada en matière de contrôle des coûts de la santé.

Ainsi, les provinces et territoires ont été en mesure de freiner la croissance des dépenses de santé dans le secteur public plus efficacement que dans le secteur privé (Figure B). Les provinces et territoires disposent de pouvoirs importants leur permettant de gérer les dépenses de santé. Par exemple, les frais de fonctionnement des hôpitaux sont financés grâce à des budgets globaux annuels négociés avec le ministère provincial de la Santé, ou avec les autorités régionales responsables en raison de la délégation aux régions de nombreuses fonctions de planification et de prestation de soins de santé, depuis le début des années 1990. Dans la plupart des cas, les propositions pour les projets d'expansion, les services et les établissements de soins doivent être approuvées par les instances régionales et provinciales. Leurs projets d'expansion doivent être approuvés par les instances régionales ou provinciales. L'acquisition d'équipement de haute technologie et le mode de répartition de ces équipements entre les hôpitaux

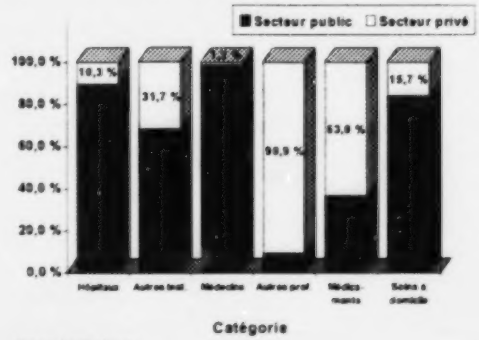
Figure C
Total des dépenses de santé par catégorie, Canada, 1998



* Comprend les médicaments donnés dans les hôpitaux

Source : Santé Canada

Figure D
Parts du secteur public et privé des dépenses de santé par catégorie, Canada, 1998



Source : Santé Canada

d'une région doivent également être approuvés par les autorités provinciales afin d'éviter le dédoublement inutile des services ou leur sous-utilisation.

La rémunération des médecins fait également l'objet de négociations entre les provinces et les associations médicales provinciales. Ces négociations visent à établir le niveau des honoraires et les règles d'utilisation des services, sous réserve de diverses formes de plafonds individuels ou globaux. Quant à la rémunération du personnel infirmier, il est généralement le résultat de négociations collectives entre les unités syndicales désignées et les employeurs.

Les avantages de l'assurance-maladie

État de santé

L'un des indicateurs les plus importants du succès du système de santé canadien tient à l'état de santé de la population canadienne. L'espérance de vie des enfants canadiens nés en 1997 est de 78,6 ans (81,4 ans pour les femmes et 75,8 ans pour les hommes), l'une des plus élevées dans les pays industrialisés. Le taux de décès chez les nourrissons se situait à 5,6 pour 1 000 naissances vivantes en 1996, l'un des plus bas taux au monde. De plus, le système de soins de santé au Canada est considéré comme un des éléments importants qui font que le Canada est au premier rang mondial de l'indice du développement humain des Nations Unies[2].

Avantages économiques

L'existence d'un système public et universel d'assurance-maladie procure également des avantages économiques importants sur le plan du contrôle des coûts de la santé et sur celui de l'efficience. Il procure également des avantages concurrentiels indéniables pour les entreprises canadiennes. Le financement public permet également de répartir les coûts associés à la prestation des services de santé de façon plus équitable au niveau de la société. En plus des avantages liés à l'utilisation d'une approche à payeur unique, le financement de l'assurance-maladie par le biais du régime fiscal est en soi une approche qui favorise l'efficience, car elle n'exige pas la mise sur pied de mécanismes de perception supplémentaires.

> *Le système de santé canadien est l'un des principaux facteurs de notre situation favorable face à la concurrence industrielle et de notre qualité de vie* (Conference Board du Canada, 1998)[3].

Une étude de 1999 effectuée par KPMG, conseillers en activités commerciales internationales, qui compare les prix de revient de l'entreprise en Amérique du Nord, en Europe et au Japon, a conclu que le Canada avait les prix de revient les moins élevés pour l'entreprise. Un avantage important tenait au fait que le Canada avait les coûts de main-d'oeuvre les plus faibles du fait de la contribution salariale à des prestations, comme l'assurance-maladie[4].

FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ[1]

Le Forum national sur la santé a été lancé en 1994 afin de faire participer le public et les intervenants de la santé dans un dialogue en vue de définir l'avenir de la santé et des soins de santé au Canada. Le Forum a soumis son rapport final, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, le 4 février 1997. Pour assurer la viabilité du système de santé canadien, le Forum a prescrit un équilibre entre les mesures visant les déterminants non médicaux et les mesures au sein du système de soins de santé lui-même.

Du point de vue économique, les membres du Forum affirment que le modèle du régime public d'assurance-maladie à payeur unique constitue le meilleur moyen de contrôler les dépenses globales dans le secteur de la santé. Le rapport conclut à la nécessité de prendre une gamme de mesures concertées, fondées sur des décisions éclairées, pour rendre le système plus efficace et efficient et pour qu'il reflète mieux les méthodes contemporaines de prestation des soins de santé. Les recommandations comprennent :

- la restructuration de l'organisation, du financement et de la prestation des services de soins primaires; le financement des soins plutôt que du fournisseur ou du lieu; les mesures de transfert des soins à domicile et la diffusion des médicaments médicalement nécessaires dans le cadre du système de santé publique;
- une vaste stratégie intégrée pour les enfants et la famille qui comprenne tant le soutien des programmes que du revenu; la création d'une fondation nationale pour améliorer l'action communautaire; un Institut de santé pour les Autochtones; de l'aide aux personnes qui souhaitent entrer sur le marché du travail;
- l'adoption d'un système fondé sur les résultats au niveau clinique, de la direction et des politiques, ainsi qu'au niveau de l'information publique - le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de chef de file dans ce domaine en vue de l'élaboration d'un système d'information sur la santé de la population à l'échelon national.

Dans le Budget annoncé en février 1997, le gouvernement du Canada a fourni quelques réponses anticipées à plusieurs recommandations du Forum en annonçant qu'il investirait 300 millions de dollars sur trois ans dans : un nouveau Fonds pour l'adaptation des services de santé (axé sur des innovations fondées sur les résultats dans le domaine des soins à domicile, l'assurance-médicaments, la prestation des soins primaires et des services intégrés); une stratégie nationale pour un système intégré canadien d'information sur la santé et un financement accru pour les initiatives communautaires d'enfants et de nutrition prénatale.

Les entreprises canadiennes appuient le système public d'assurance-maladie, non seulement en raison

de son efficacité, mais également parce qu'il leur procure des avantages concurrentiels importants, tels que des coûts plus bas pour les avantages sociaux des employés et l'accès à une main-d'oeuvre en bonne santé et très mobile. Alors que l'accès universel à des services de soins de santé de qualité favorise une population en meilleure santé et, par conséquent, une main-d'oeuvre en bonne santé et productive, le caractère national du système d'assurance-maladie canadien facilite la mobilité de la main-d'oeuvre, ce qui permet de répondre aux besoins du monde des affaires.

En effet, le seul critère d'admissibilité à l'assurance-maladie publique au Canada est celui de la résidence. Le principe de transférabilité de la *Loi canadienne sur la santé* fait en sorte que les personnes ne perdent pas leur couverture d'assurance-maladie publique lors de déménagements ou lorsqu'elles s'absentent temporairement de leur province. Par conséquent, les travailleurs peuvent plus facilement changer d'emploi ou chercher du travail dans une autre province.

Le renouvellement du système de soins de santé du Canada

Au début des années 1980, les budgets des provinces consacrés à la santé ont commencé à accaparer des portions plus importantes du total des ressources disponibles, au point où ils constituent de nos jours entre 28 % et 36 % des dépenses de programmes des provinces. L'importance des sommes consacrées à la santé a fait en sorte que les efforts de redressement des finances publiques a obligé l'ensemble des provinces à comprimer leurs dépenses de santé et à être plus rentables. Les provinces ont pu commencer à maîtriser ces coûts grâce surtout au pouvoir que leur assure la structure du payeur unique.

On comprend de mieux en mieux la nature des besoins futurs de la population en matière de santé, et l'on est conscient de l'impact des soins de santé sur l'état de santé général de la population. Le

CANADA : Faits saillants

Données démographiques		**#**	**Année**
Population		30.9M	1999*
% de la pop. âgée de	0 - 24	33,2	1998*
" " "	25 - 44	32,3	1998*
" " "	45 - 64	22,2	1998*
" " "	65 +	12,3	1998*
Indicateurs de santé			
Espérance de vie à la naissance (années)		78,6	1997*
Âge moyen des femmes		36,1	1996*
Âge moyen des hommes		34,5	1996*
Taux de mortalité infantile sur 1 000 naissances d'enfants vivants		5,6	1996*
Années potentielles de perte de vie sur 100 000 habitants		3483	1996*
Causes importantes de décès (% des causes totales)			
Cancer		27,2	1997*
Maladie du cœr		26,6	1997*
Maladies cérébrovasculaires (Principalement les maladies du cœr)		7,4	1997*
Hôpitaux et autres institutions			
Nombre de jours d'hospitalisation du malade sur 1 000 habitants		1132	1996-97*
Durée moyenne du séjour (jours de malades hospitalisés)		10,7	1996*
Lits d'hôpitaux par 1 000 habitants		5,6	1993-94*
Lits de soins en établissement par 1 000 habitants		8,1	1993-94*
Frais hospitaliers moyens par jour		623 $	1995-96*
Personnel infirmier par lit		3	1995-96*
Fournisseurs de soins de santé			
Nombre total de médecins		55243	1997*
Médecins actifs par 100 000 habitants		183	1997*
# d'omnipraticiens		28108	1997*
% de médecins omnipraticiens		50,9	1997*
# de spécialistes		27135	1997*
% de médecins spécialistes		49,1	1997*
Spécialistes par 100 000 habitants		90	1997*
Infirmières		229813	1997*
Infirmières par 100 000 habitants		763	1997*

* Statistique Canada * Institut canadien d'information sur la santé

changement général de perspective en témoigne : les débats se détournent du système de soins de santé pour porter plutôt sur le *système de santé*, un concept qui implique que la santé va au-delà des soins de santé. La nouvelle orientation générale que prennent les provinces est la suite de ce virage; elles se concentrent maintenant sur une perception de la santé plus globale et intégrée, et non uniquement sur les soins de santé.

Les gouvernements fédéral et provinciaux ont répondu à la nécessité d'adapter le système de santé aux réalités d'aujourd'hui de plusieurs façons. Notamment, ils ont adopté un cadre des déterminants de la santé qui reconnaît que même si les soins de santé contribuent grandement à la santé, il faut les considérer comme un seul élément d'un ensemble beaucoup plus vaste de déterminants de la santé. Ils ont changé l'orientation du système de soins de santé, celui-ci reposant moins sur des modèles de prestation de soins en établissement (c'est-à-dire par les médecins et dans les hôpitaux) et plus sur des modèles communautaires intégrés s'attardant davantage à la promotion de la santé et à la prévention. Enfin, ils ont formulé des stratégies pour la gestion coordonnée des effectifs des soins de santé, y compris la rémunération, la répartition géographique et l'utilisation appropriée des divers fournisseurs de services de santé.

Les gouvernements, les dispensateurs de soins et les Canadiens s'entendent pour reconnaître que tous les efforts déployés pour préserver et améliorer le système de santé canadien doivent reposer sur les cinq principes fondamentaux de la *Loi canadienne sur la santé* qui guident la conception et le fonctionnement de notre système national d'assurance-maladie. Les Canadiens considèrent les services de santé comme un droit fondamental et valorisent au plus haut point leur système de santé. Ils s'y associent étroitement parce que celui-ci illustre bien plusieurs des valeurs communes de notre société, telles que l'équité, la justice, la compassion et le respect de la dignité fondamentale de tous. Le respect des principes de la *Loi canadienne sur la santé* demeurera une caractéristique importante du système de santé canadien alors qu'il continue à évoluer de façon à répondre aux besoins des Canadiens.

En conclusion

Le Canada a réussi à freiner la croissance des dépenses de santé. Depuis le milieu des années 1990, les dépenses publiques de santé se sont tout d'abord stabilisées et, par la suite, ont commencé à chuter légèrement. La compression des coûts dans des secteurs précis demeure une priorité pour permettre la réaffectation des ressources, mais les préoccupations d'ordre pratique concernant la réduction des coûts ont été largement abordées. Le Canada peut maintenant tourner son attention vers des considérations à plus long terme relatives à l'avenir du système de santé. Ces questions à plus long terme portent sur l'importance de faire en sorte que le système de santé continue de répondre aux besoins actuels et futurs des Canadiens en matière de santé et reste approprié pour obtenir de bons résultats en matière de santé et améliorer la santé de la population. Il est généralement reconnu que pour rendre le système de santé mieux adapté et plus responsable à l'égard du public, il est nécessaire d'évoluer vers un système de santé intégré de qualité supérieure qui fournisse les soins nécessaires de façon efficace et abordable. Les Canadiens s'attendent à être informés sur la performance du système de santé et à être engagés dans la transition vers un système qui répond à leurs besoins au vingt et unième siècle et après.

Dans le Budget 1999, le gouvernement du Canada a annoncé des mesures essentielles pour renforcer le régime de soins de santé au Canada, améliorer l'état de santé des Canadiens et accroître la recherche en santé. Les transferts vers les provinces et les territoires pour les services de santé augmenteront de 11,5 milliards de dollars sur cinq ans, à partir de 1999-2000 jusqu'à 2003-2004. Outre la hausse des transferts, le Budget 1999 prévoit l'injection de 1,4 milliard de dollars sur trois ans dans des initiatives essentielles, comme la recherche, l'information et la technologie, les services de santé et les programmes offerts aux Premières nations et aux Inuits, ainsi qu'aux améliorations des programmes de promotion et de protection de la santé. Cet investissement dans la santé des Canadiens et dans leur système de santé représente le plus grand et le seul nouveau investissement jamais fait par le gouvernement.

Il est prévu que le système de soins de santé au

Canada continuera de progresser alors qu'il est renouvelé pour refléter la nouvelle vision d'un système de santé. Bien que les soins de santé, qui se concentrent sur les soins hospitaliers et médicaux, continuent d'occuper une place prédominante et vitale, ils sont de plus en plus reconnus comme étant un élément d'un vaste système de santé comportant un large éventail de services, de fournisseurs et de lieux de prestation des services. Grâce à l'appui et au respect des principes nationaux de la *Loi canadienne sur la santé* par toute la population canadienne, les éléments essentiels et le caractère du système canadien de soins de santé demeureront la base sur laquelle évoluera le système de santé.

NOTES

[1] On entend par «transfert fiscal» un nombre donné de points d'impôt sur les particuliers et les sociétés que le gouvernement fédéral transfère aux provinces : en d'autres mots, le gouvernement fédéral accepte de réduire ses impôts sur les particuliers et les sociétés pour que les provinces puissent occuper ce champ d'impôts et augmenter leurs propres points d'impôts par un nombre de points équivalent à la réduction fédérale.

[2] L'indice de développement humain des Nations Unies classe les pays en fonction du niveau de scolarité des citoyens, de l'accès aux soins de santé et du revenu moyen. Le Canada arrive premier au classement pour la sixième fois consécutive (1994-1999). Programme des Nations Unies pour le développement (années données), *Rapport mondial sur le développement humain*, New York, Oxford University Press.

[3] Le Conference Board du Canada, *Performance and Potential 1998*, Ottawa.

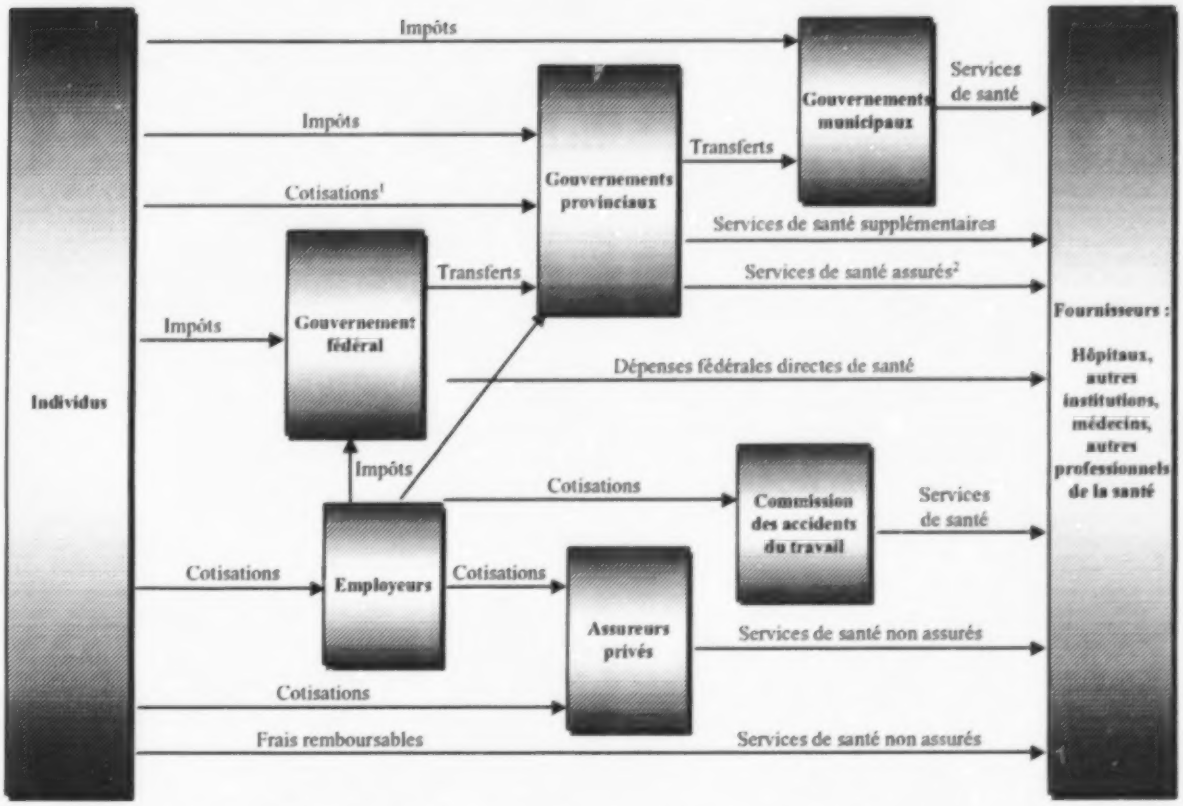
[4] KPMG (1999), *The Competitive Alternative:A comparison of business costs in North America, Europe and Japan*:KPMG Canada et prospectus Inc.

[5] Forum national sur la santé (1997), *La santé au Canada: un héritage à faire fructifier*; Rapport final du Forum sur la santé, Ottawa.

Division des politiques et du système de santé
Direction de l'information et de la politique de la santé
Direction générale des politiques et de la consultation
Santé Canada
Immeuble Brooke Claxon
LP 0910A
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
http://www.hc-sc.gc.ca/

juillet 1999

La structure de financement du système de santé au Canada



1 Deux provinces, la Colombie-Britannique et l'Alberta perçoivent des cotisations en matière de santé.
2. Services médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux et les médecins.

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada Health Canada

Health Canada Santé Canada

EL SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DE CANADÁ

Canada

EL SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DE CANADÁ

Canadá tiene un sistema de atención médica financiado en forma predominante con fondos públicos y de prestación privada que se puede describir como un conjunto entrelazado de diez planes de seguro de enfermedad provinciales y tres planes territoriales. Conocido por los canadienses como el "seguro de enfermedad" (*Medicare*), el sistema proporciona acceso a atención universal y completa por servicios hospitalarios médicamente necesarios, y consultas médicas a pacientes hospitalizados y no hospitalizados.

Esta estructura resulta de la jurisdicción que otorga la constitución a los gobiernos provinciales sobre la mayoría de los aspectos de la atención médica. El sistema se designa como un sistema de seguro de enfermedad "nacional" porque todos los planes de atención hospitalaria y de seguro médico provinciales y territoriales están vinculados a través de la adherencia a principios nacionales establecidos a nivel federal.

La administración y la prestación de los servicios de salud son responsabilidad de cada provincia o territorio particular. Las provincias y los territorios planifican, financian y evalúan la prestación de servicios de médicos, hospitalarios y otros servicios sanitarios asociados, algunos aspectos relativos a los medicamentos y la salud pública.

El papel del gobierno federal en la atención médica implica el establecimiento y administración de principios y normas nacionales para el sistema de atención médica (esto es, la *Ley canadiense sobre la salud*), ayudar al financiamiento de los servicios de salud provinciales por medio de transferencias fiscales y realizar funciones de las cuales es constitucionalmente responsable. Una de esas funciones es la prestación directa de servicios de salud a grupos específicos tales como ex-combatientes, indígenas canadienses que viven en reservas, personal militar, presos de las

PRINCIPIOS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD

La *Ley canadiense sobre la salud* estipula los criterios que los planes de seguro de enfermedad provinciales deben seguir a fin de que la provincia tenga derecho a recibir los pagos de transferencia federales. Los cinco criterios se conocen como los "principios" del sistema de atención médica nacional de Canadá:

Administración pública:

El plan de seguro de enfermedad de una provincia debe ser administrado y operado sin fines de lucro por una autoridad pública responsable ante el gobierno provincial.

Integralidad

El plan debe asegurar todos los servicios médicamente necesarios que proporcionan hospitales y médicos. Los servicios asegurados de hospitales incluyen la atención de pacientes hospitalizados en las salas comunes (a menos que sea médicamente necesario dar los servicios en salas privadas o semiprivadas) y todos los medicamentos, suministros y exámenes diagnósticos así como una amplia gama de servicios a pacientes no hospitalizados. Los servicios por enfermedades crónicas también están asegurados, si bien se puede exigir pago por costos de alojamiento a los pacientes que residan más o menos permanentemente en la institución.

Universalidad

El plan debe dar derecho al 100 por ciento de la población asegurada (es decir, residentes admisibles) a los servicios asegurados en términos y condiciones uniformes.

Accesibilidad

El plan debe dar, en condiciones y términos uniformes, acceso razonable a servicios de médicos y hospitalarios asegurados sin barreras. No se permiten cobros adicionales a pacientes asegurados por servicios asegurados. No se puede ser objeto de discriminación por motivos de ingresos, edad, condición de salud, etc.

Transferabilidad

Los residentes conservan su seguro cuando se mudan de una provincia a otra dentro de Canadá o cuando viajen dentro de Canadá o al extranjero. Todas las provincias tienen límites en las cantidades pagadas por los servicios prestados fuera de Canadá, y pueden exigir aprobación previa en el caso de servicios fuera de la provincia que no sean de urgencia.

penitenciarías federales y la Real Policía Montada de Canadá. Otras funciones del gobierno federal relacionadas con los servicios de salud incluyen la protección de la salud, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

Cómo funciona el sistema

El sistema de atención médica de Canadá depende en gran parte de los médicos que prestan atención primaria (por ej.: los médicos generales) que representan cerca del 51% de todos los médicos en ejercicio en Canadá. Normalmente son el contacto inicial con el sistema de atención médica oficial y controlan el acceso a la mayoría de los especialistas, a muchos proveedores asociados, a los hospitales, exámenes de diagnóstico y terapia con medicamentos.

Canadá no tiene un sistema de "medicina socializada", con doctores empleados por el gobierno. La mayoría de los médicos ejercen la profesión en forma privada, trabajando en oficinas privadas o en grupos y tienen un alto grado de autonomía. Algunos doctores trabajan en centros de salud comunitarios o ejercen en grupo desde hospitales o están afiliados a departamentos de hospitales que prestan servicios a pacientes no hospitalizados. Los médicos privados reciben generalmente honorarios por los servicios prestados y presentan sus solicitudes de reembolso directamente al plan de seguro provincial para recibir el pago. Los médicos que ejercen de otra forma también pueden ser remunerados en función de los servicios prestados, pero generalmente reciben un salario o son pagados mediante un plan alternativo.

Cuando los canadienses requieren atención médica, en la mayoría de los casos van al médico o clínica de su preferencia y presentan su tarjeta de seguro de enfermedad que se expide a todos los residentes de una provincia que tengan derecho a ella. Los canadienses no pagan directamente por los servicios asegurados de hospital y de médicos, ni tampoco se les exige que llenen formularios por los servicios asegurados. No hay pagos deducibles, participación en el pago ni límites sobre la cobertura de los servicios asegurados.

En la prestación de atención primaria también participa, en cierto grado, personal de salud asociado. Los dentistas trabajan independientemente del sistema de salud, excepto cuando se necesita cirugía dental en un hospital. Si bien las enfermeras están generalmente empleadas en el sector hospitalario, también prestan ayuda en los servicios primarios, normalmente en conjunto con oficinas privadas. Los farmacéuticos entregan medicamentos recetados y medicinas y también actúan como fuentes de conocimientos independientes, dando información sobre los medicamentos recetados o prestando ayuda en la compra de medicamentos vendidos sin receta.

Más del 95% de los hospitales canadienses funcionan como entidades privadas sin fines de lucro administradas por consejos comunitarios de fiduciarios, organizaciones voluntarias o municipalidades. Los hospitales tienen control sobre la asignación diaria de los recursos proporcionados, siempre que se mantengan dentro de los límites de los presupuestos establecidos por las autoridades de salud regionales o provinciales. Los hospitales rinden cuentas principalmente a las comunidades a las cuales prestan servicios, no a la burocracia provincial. El sector de hospitales sin fines de lucro comprende la mayor parte de instituciones de atención a largo plazo o de servicios especializados tales como centros de desintoxicación.

Además de los servicios asegurados de hospital y médicos, las provincias y los territorios dan también cobertura por otros servicios de salud que quedan fuera del seguro de enfermedad para ciertos grupos de la población (por ejemplo, ancianos, niños y personas que reciben asistencia social). Estas prestaciones suplementarias a menudo incluyen medicamentos recetados, cuidado dental y oftalmológico, equipos y aparatos funcionales (prótesis, sillas de ruedas, etc.) para que las personas lleven una vida independiente y para los servicios de profesionales de salud asociados tales como podíatras y quiroprácticos.

Si bien las provincias y territorios ofrecen algunas prestaciones adicionales, los servicios de salud suplementarios tienen un financiamiento en gran

medida privado y los canadienses deben pagar de su propio bolsillo esos servicios de salud no asegurados. Los gastos individuales de las personas dependen de los ingresos o la capacidad para pagar. Las personas y familias pueden adquirir un seguro privado o recibir las prestaciones de los planes de seguro colectivos en la empresa donde trabajen para compensar en parte los gastos por los servicios de salud suplementarios. Conforme a la mayoría de las leyes provinciales, las compañías de seguros privadas tienen restricciones para ofrecer cobertura que duplique los programas gubernamentales, pero pueden competir en el mercado de las prestaciones suplementarias.

Hitos en la evolución del seguro universal de salud

El sistema de seguro de enfermedad canadiense ha ido evolucionado durante un período de cinco décadas hasta alcanzar su forma presente .

Antes de finales de los años 40, la medicina privada dominaba la atención médica en Canadá, a consecuencia de lo cual el acceso a la atención se basaba en la capacidad de pagar. La tendencia al seguro de enfermedad universal con financiamiento público comenzó en 1947 cuando la provincia de Saskatchewan introdujo un plan de seguro público para los servicios de hospital. En 1956, el gobierno federal, tratando de fomentar la creación de programas de seguro hospitalarios en todas las provincias, ofreció compartir los costos por los servicios de hospital y diagnósticos pagando mitad y mitad. Para 1961, las diez provincias y los dos territorios habían firmado acuerdos estableciendo planes de seguro públicos que proporcionaban cobertura universal por lo menos para la atención de los pacientes hospitalizados que reunían los requisitos para la distribución de los costos con el gobierno federal.

El seguro médico público también comenzó en la provincia de Saskatchewan, ofreciendo cobertura de las visitas y los servicios prestados por los médicos fuera de los hospitales. El gobierno federal promulgó la legislación de atención médica en 1968 para compartir, en un cincuenta por ciento, los costos de los servicios médicos provinciales. Para 1972 todos los planes provinciales y territoriales se habían ampliado e incluían los servicios prestados por los médicos. Por tanto, ese año se había logrado el objetivo de tener un plan de seguro de salud nacional para dar atención hospitalaria y médica en Canadá.

Durante los primeros veinte años, la contribución del gobierno federal en apoyo del Seguro Médico estuvo determinada por un porcentaje - cerca de la mitad - de los gastos provinciales respecto a servicios de salud asegurados específicos. En 1977 esos acuerdos de distribución de los costos fueron reemplazados por transferencias per cápita a las provincias y territorios, lo que se conoce como financiamiento global. Para el período de 1977 a 1996, la contribución federal se basó en una cifra uniforme per cápita y tomó la forma de transferencia de impuestos (poder tributario)[1] y pagos en efectivo.

Con el advenimiento de los acuerdos de financiamiento global en 1977, el derecho de las provincias a la contribución federal estaba condicionada solamente al cumplimiento de los criterios establecidos en la legislación sobre atención hospitalaria y médica. Debido a que las transferencias ya no estaban ligadas al gasto provincial en hospitales y servicios de médicos, las provincias tenían la flexibilidad de invertir en otros métodos para dar atención médica tales como servicios ampliados de atención médica y centros de salud comunitarios, o ampliar la cobertura de prestaciones de salud suplementarias tales como medicamentos recetados a personas de la tercera edad o atención dental para niños.

En 1979, un examen de los servicios de salud realizado por la Comisión Hall estableció que la atención médica en Canadá estaba entre las mejores del mundo, pero advertía que los honorarios suplementarios que los médicos cobraban a los pacientes-- a fin de suplementar los que el doctor recibía del plan provincial -- y las tarifas cobradas a los usuarios por los hospitales estaban creando un sistema de dos niveles que hacía peligrar la accesibilidad a la atención médica.

En respuesta a estas preocupaciones, el gobierno federal reafirmó su compromiso de lograr un sistema de seguro de enfermedad que fuera universal, accesible, íntegro, transferible y administrado públicamente, compromiso suscrito

cuando el Parlamento de Canadá promulgó la *Ley canadiense sobre la salud* en 1984. A fin de disuadir a las provincias de cobrar a los usuarios y de permitir honorarios suplementarios, la *Ley* dispone una multa de dólar por dólar que se deduce de las transferencias federales si cualquier provincia permite cobrar a los usuarios o permite cobrar honorarios suplementarios por servicios de salud asegurados.

El Gobierno Federal mantiene firme su compromiso suscrito con los principios de la *Ley canadiense sobre la salud.*

Financiamiento

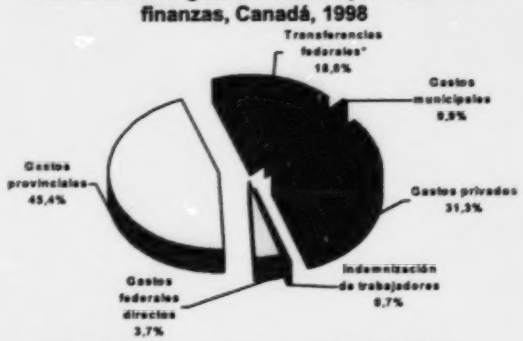
La atención médica en Canadá es financiada principalmente a través de tributos, en forma de impuestos provinciales y federales a la renta y los ingresos de las empresas privadas. Algunas provincias utilizan métodos auxiliares de financiamiento que están dirigidos nominalmente a la atención médica, tales como impuestos a la venta, deducciones salariales y entradas obtenidas en loterías. Sin embargo, estos fondos no están destinados específicamente a la salud y se agregan a los ingresos centrales de la provincia. Tienen un papel relativamente menor en el financiamiento de la atención médica.

Dos provincias (Alberta y Colombia Británica) utilizan primas de salud. Las primas no están clasificadas según el riesgo en ninguna de las provincias y el pago anterior de la prima no es una condición previa para recibir tratamiento, de conformidad con la *Ley canadiense sobre salud.*

Durante el período de 1977 a 1996 la contribución federal por servicios asegurados de salud se combinó con la de educación postsecundaria y se proporcionó por medio de una transferencia global. La contribución federal se basó en un derecho igual per cápita que se ajustaba anualmente conforme a los cambios en el Producto Nacional Bruto y se calculaba independientemente de los costos provinciales.

A comienzos de 1996-1997 se consolidó la contribución del gobierno federal a los programas sociales y de salud provinciales en una nueva transferencia global, la Transferencia Social y de Salud de Canadá. El financiamiento federal se transfiere a las provincias como una combinación de contribuciones en efectivo y puntos tributarios. De la misma manera que en el acuerdo previo de transferencia, los planes de seguro de enfermedad provinciales deben cumplir con los principios de la *Ley canadiense sobre la salud* a fin de tener derecho al pago completo de la transferencia federal.

Cuadro A
Distribución de gastos de salud por sector de finanzas, Canadá, 1998



* Las transferencias federales son principalmente la parte asignada a la salud de la Transferencia Social y de Salud de Canadá que se estima utilizando la distribución de 1995-96 del Financiamiento de Programas Establecidos y del Plan Canadiense de Asistencia.

Fuente: Ministerio de Salud de Canadá

Cuadro B
Cambio porcentual de gastos de salud reales públicos y privados per cápita, Canadá, 1976 a 1998

Fuente: Ministerio de Salud de Canadá

Para reforzar el sistema de atención médica, el gobierno federal anunció en el Presupuesto de 1999 que las provincias y los territorios recibirán una cantidad adicional de $11.500 millones durante el período de 1999-2000 a 2003-2004, específicamente asignada a la atención médica bajo la Transferencia Social y de Salud de Canadá.

El diagrama esquemático de la Estructura del financiamiento del sistema de atención médica en Canadá (que se encuentra al final de este folleto) indica que el flujo de fondos de personas (a la izquierda del diagrama) en forma de pago de impuestos y primas a los gobiernos, empleadores y compañías de seguro privadas, financian el sistema de atención médica y los proveedores (a la derecha del diagrama).

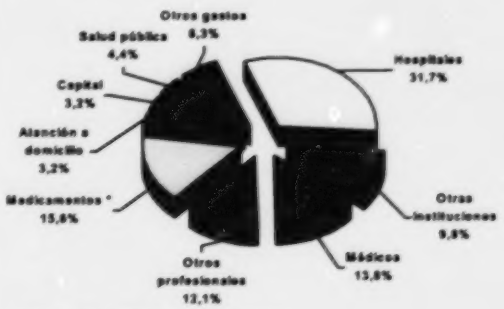
Gastos del sector de salud

En 1998 los gastos totales en salud en Canadá (en dólares actuales) alcanzó los $82.500 millones (Cdn) o $2.694 (Cdn) per cápita (aproximadamente US$1.785 per cápita). Los gastos de salud representaron un 9,3% del Producto Interno Bruto (PIB) en 1998, una baja con respecto al porcentaje máximo alcanzado en 1992 de 10,1% del PIB. Los gastos en el sector de salud representan alrededor de un tercio de los gastos provinciales en programas.

El financiamiento del sector público representa cerca del 68,7% de los gastos totales de salud. El 31,3% restante está financiado privadamente a través del seguro suplementario, prestaciones cubiertas por los empleadores o por pagos directos. (Cuadros A y D). Se considera que los controles inherentes en el método de un solo pagador del sistema de salud son un factor importante en el reciente éxito de Canadá en contener costos. El atributo de pagador único del seguro público ha permitido que las provincias y territorios controlen mejor el crecimiento de los gastos en salud en el sector público que como ha ocurrido en el sector privado (Cuadro B). Las provincias y los territorios tienen un poder considerable para administrar los gastos en materia de atención médica. Por ejemplo, los costos de funcionamiento de un hospital son pagados con cargo al presupuesto anual que negocia con el ministerio de salud provincial o con la autoridad regional, dado que se devolvieron muchas funciones de planificación y prestación de servicios de salud a las comunidades desde principios de los años 90. En la mayoría de los casos, las propuestas de expansión de programas, servicios e instalaciones de salud deben ser aprobadas por la comunidad y las autoridades provinciales. La adquisición y distribución de equipo costoso de alta tecnología entre los hospitales de una región también se somete a aprobación para evitar duplicación innecesaria de servicios y subutilización.

La compensación por los servicios de los médicos también se negocia entre las provincias y las asociaciones médicas provinciales sobre la base de aumentos de honorarios y de utilización, con sujeción a diversas formas de topes para médicos individuales y globales. Los salarios por los servicios de enfermería generalmente se determinan a través de negociaciones colectivas entre los sindicatos y los empleadores.

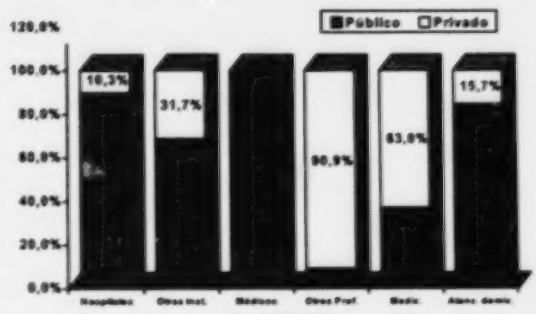
Cuadro C
Distribución de gastos de salud por categoría, Canadá, 1998



* Incluye los medicamentos en hospitales

Fuente: Ministerio de Salud de Canadá

Cuadro D
Distribución de gastos de salud públicos y privados por categoría, Canadá, 1998



Fuente: Ministerio de Salud de Canadá

Los beneficios del seguro de enfermedad

Condición de la salud

Uno de los indicadores más importantes del éxito del sistema es la condición de salud favorable de los canadienses. La expectativa de vida para los canadienses nacidos en 1997 es de 78,6 años (81,4 para las mujeres y 75,8 para los hombres), situándose entre las más altas de los países industrializados, mientras la tasa de mortalidad infantil de 5,6 por 1.000 nacidos vivos en 1996 es una de las más bajas del mundo. El sistema de atención médica de Canadá se considera como uno de los factores determinantes para la clasificación del país en el primer lugar en el Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas.[2]

Beneficios económicos

El seguro de enfermedad proporciona una variedad de beneficios económicos que se derivan de la eficiencia y los ahorros de costos asociados con el financiamiento público y las ventajas competitivas que da a las empresas canadienses. El financiamiento público distribuye el costo de proporcionar servicios de salud en forma razonable y equitativa para toda la sociedad. Además de los beneficios derivados por el hecho de tener un solo pagador en el sector de salud canadiense, el financiamiento del seguro de enfermedad a través del sistema impositivo es eficaz ya que no requiere la creación de un proceso de recaudación separado.

> *El sistema de atención médica de Canadá es uno de los determinantes claves de nuestra competitividad y de nuestra calidad de vida* (Consejo de la Conferencia de Canadá, 1998).[3]

Un estudio realizado en 1999 por KPMG, la firma internacional de consultores comerciales, en el que se comparaban los costos comerciales en América del Norte, Europa y Japón llegó a la conclusión de que Canadá era el país con los costos comerciales más bajos. Una ventaja importante fueron los costos más bajos de la mano de obra en Canadá como resultado de los beneficios más bajos a cargo del trabajador, sobre todo el seguro médico.[4]

Las empresas canadienses apoyan el programa del seguro de enfermedad, no sólo debido a su eficacia sino también porque ofrece ventajas competitivas al sector privado. Estas ventajas incluyen menor costo por los beneficios de los empleados y la promoción de una fuerza laboral sana y móvil. Mientras el acceso universal a servicios de salud de

FORO NACIONAL SOBRE LA SALUD[5]

El Foro Nacional sobre la Salud fue establecido en 1994 para conseguir la participación del público y las partes interesadas en un diálogo a fin de fijar el curso futuro de la salud y la atención médica en Canadá. El Foro presentó su Informe Final *Canada Health Action: Building on the Legacy* el 4 de febrero de 1997. La fórmula general del Foro para mantener el sistema de salud del país en el futuro es un equilibrio entre medidas relativas a determinantes no médicos y medidas dentro del propio sistema de salud.

El Foro afirma, atendiendo a razones económicas, que el modelo de pagador único del seguro de salud pública (*Medicare*) es el mejor método para controlar las inversiones generales en salud. El informe concluye que se precisan una variedad de medidas concertadas basadas en decisiones informadas a fin de hacer que el sistema sea más eficaz y rápido, y que refleje mejor la práctica contemporánea en materia de prestación de servicios sanitarios. Entre las recomendaciones destacan:

- reestructurar la organización, financiamiento y prestación de los servicios de atención médica primaria; financiar la atención médica más que el proveedor o el lugar; tomar medidas para incluir la atención médica a domicilio y los medicamentos médicamente necesarios en el sistema de atención médica financiado con fondos públicos;
- una estrategia amplia e integrada en materia familiar e infantil que incluya ambos programas y apoyo a la renta; la creación de una fundación nacional para consolidar la acción comunitaria; un Instituto de Salud Indígena; y ayuda para personas que tratan de incorporarse al mercado laboral; y
- la adopción de un sistema demostrado a nivel clínico, administrativo y político, y a nivel de información al público (que cuente con el liderazgo federal en este área mediante la implantación de un sistema canadiense de información sobre salud.

En el presupuesto de 1997, el Gobierno de Canadá respondió a varias de las recomendaciones del Foro anunciando la asignación de $300 millones durante los tres años siguientes para: un nuevo Fondo de Transición de Salud (centrado en innovaciones demostradas en atención domiciliaria, prestación de servicios farmacéuticos, atención primaria, y prestación integrada de servicios); una estrategia nacional para un Sistema Canadiense de Información sobre la Salud; y mayor asignación de fondos para las iniciativas comunitarias para la infancia y la nutrición prenatal.

calidad asegura una población saludable y, por lo tanto, una fuerza laboral sana y productiva, el carácter nacional del sistema de seguro de enfermedad canadiense mejora la movilidad de la fuerza laboral, que puede ser muy importante para responder a las necesidades y oportunidades económicas cambiantes.

El único requisito exigido en Canadá para estar asegurado es tener la residencia. El principio de transferabilidad de la *Ley canadiense sobre la salud* garantiza que la gente esté asegurada cuando se trasladan o mientras estén temporalmente fuera de su provincia. Por lo tanto, los trabajadores no temen perder su seguro de enfermedad para ellos y sus familias cuando cambian de trabajo o se mudan a otra provincia en busca de empleo.

Renovación del sistema de salud de Canadá

A comienzos de los años 80, los gastos por concepto de atención médica requirieron una mayor proporción de los recursos provinciales totales, hasta el punto de llegar a representar 28% y 36% de los gastos provinciales asignados a programas. Al constituir los gastos de salud un porcentaje tan alto de sus gastos, la mayoría de las provincias iniciaron programas de austeridad y rentabilidad en ese sector. Las provincias pudieron realizar ese control de los costos utilizando el poder monopsónico que le otorga la estructura con un solo pagador.

Se tiene cada vez mayor conciencia de un cambio de las necesidades futuras de la población en materia de salud, así como una comprensión clara del impacto real de la atención médica en la salud general de la población. Esto es evidente cuando en vez de deliberar sobre los servicios de salud, se concentra la atención en *el sistema de salud*, que reconoce que la salud es algo más que la atención médica. La orientación general de las nuevas direcciones políticas provinciales es el continuo alejamiento del énfasis en la atención médica hacia una visión más global e integrada de la salud.

CANADÁ: HECHOS SELECCIONADOS

Distribución demográfica	**#**	**Año**
Población	30,9M	1999*
% de población entre 0 - 24 años	332	1998*
" " " " " 25 - 44 "	323	1998*
" " " " " 45 - 64 "	222	1998*
" " " " de + 65 "	123	1998*
Indicadores de salud		
Esperanza de vida al nacer (años)	786	1997*
Edad media de las mujeres	361	1996*
Edad media de los hombres	345	1996*
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	56	1996*
Años potenciales de pérdida de vida por 100.000 pers.	3.483	1996*
Principales causas de muerte (% de las causas)		
Cáncer	272	1997*
Enfermedades cardíacas	266	1997*
Enfermedades cerebrovasculares (principalmente apoplejía)	74	1997*
Hospitales y otras instituciones		
Días de enfermos hospitalizados por 1.000 pers.	1.132	1996-97*
Duración media de la estancia (días de enfermos hospitalizados)	107	1996*
Camas de hospital por 1.000 pers.	56	1993-94*
Camas de atención residencial por 1.000 pers.	81	1993-94*
Costos medios hospitalarios por día	$623	1995-96*
Personal hospitalario por cama	3	1995-96*
Proveedores de atención médica		
N° total de médicos	55.243	1997*
Médicos en activo por 100.000 pers.	183	1997*
N° de médicos generales	28.108	1997*
% de médicos que son médicos generales	509	1997*
N° de especialistas	27.135	1997*
% de médicos que son especialistas	491	1997*
Especialistas por 100.000 pers.	90	1997*
Enfermeras tituladas	229.813	1997*
Enfermeras tituladas por 100.000 pers.	763	1997*

° Dirección General de Estadísticas de Canadá
* Instituto Canadiense de Información de Salud

El gobierno federal y los gobiernos provinciales han respondido a la necesidad de adaptar el sistema a las realidades de hoy en varias formas, especialmente: adoptando determinantes de la salud que reconocen que mientras la atención médica es obviamente un factor importante para la salud, su papel debe ponerse en contexto como sólo un componente de un conjunto mucho más amplio de determinantes de la salud; en vez de poner el énfasis del sistema de salud en los modelos de prestación de servicios en instituciones (es decir, atención médica prestada por médicos y hospitales) se pone en modelos integrados basados en la comunidad que otorgan mayor importancia a la salud y la prevención de enfermedades; y elaborar estrategias para la gestión coordinada de la fuerza laboral del sector de salud, incluyendo la remuneración, distribución geográfica y uso adecuado de diversos proveedores de servicios de salud.

Los gobiernos, proveedores de servicios de salud y los canadienses están de acuerdo en que todos los esfuerzos para preservar y mejorar el sistema de salud de Canadá deben basarse en los cinco principios fundamentales de la *Ley canadiense sobre la salud* que guían la concepción y operación de nuestro sistema nacional de seguro de enfermedad. Los canadienses consideran la atención médica como un derecho básico y valoran enormemente su sistema de salud. Se identifican fuertemente con su sistema de atención médica porque ejemplifica muchos de los valores que nuestra sociedad comparte, como por ejemplo la equidad, la justicia, la compasión, y el respeto por la dignidad fundamental de todos. La adhesión a los principios de la *Ley canadiense sobre la salud* seguirá siendo una característica importante del sistema de atención médica de Canadá en su continua evolución a fin de responder a las necesidades de los canadienses.

Conclusión

Canadá ha tenido éxito en sus esfuerzos para contener los gastos nacionales en materia de salud. A mediados de los años 90 los gastos de salud se nivelaron y llegaron a reducirse algo más posteriormente. Si bien el contenimiento de los costos dentro de sectores específicos sigue siendo prioritario a fin de lograr la reasignación de recursos, se ha debido hacer frente a las preocupaciones de contener los costos generales. Canadá está ahora volviendo su atención hacia consideraciones de largo plazo acerca del futuro del sistema nacional de atención médica. El objetivo de estas consideraciones de largo plazo es garantizar que el sistema de atención médica siga respondiendo a las necesidades actuales de los canadienses y que, en el futuro, sea adecuado para obtener buenos resultados en el plano de la salud y el mejoramiento general del estado de la salud. Existe un consenso general sobre la necesidad de avanzar hacia un sistema de atención médica integrado y de alta calidad que preste la atención necesaria de manera eficaz y asequible si se quiere adaptar mejor el sistema de atención médica al público. Los canadienses esperan que se les informe sobre el funcionamiento del sistema de atención médica y que se les permita participar en la transición del sistema para responder a sus necesidades en el siglo XXI y posteriores.

En el Presupuesto de 1999 el Gobierno de Canadá anunció medidas claves para reforzar el sistema de atención médica de Canadá, mejorar la salud de los canadienses y aumentar la investigación en temas de salud. Las transferencias de fondos a las provincias y territorios para los servicios de salud aumentarán en $11.500 millones durante los próximos cinco años desde 1999-2000 hasta el 2003-2004. Además de este aumento de las transferencias, el Presupuesto de 1999 asignó $1.400 millones en un período de tres años en áreas claves como la investigación, la información y la tecnología, los sistemas y programas sanitarios de las Primeras Naciones e inuit, y mejoras en la promoción de la salud y programas de protección de la salud. Esta inversión en la salud de los canadienses y en su sistema de atención médica representa la inversión nueva más importante realizada hasta la fecha por el Gobierno.

Se anticipa que el sistema de seguro de enfermedad de Canadá continuará su desarrollo mediante un proceso evolutivo a medida que se renueva para reflejar la nueva visión de un sistema de salud. Mientras la atención médica, con su foco en la atención de médicos y hospitales, continúa desempeñando un papel prominente y vital, cada vez se considera más como un elemento que forma parte de un sistema de atención médica más amplio que comprende una mayor variedad de servicios,

proveedores y lugares de prestación de servicios. El apoyo y la adherencia, a nivel nacional, a los principios nacionales establecidos en la *Ley canadiense sobre la salud* asegurarán que los elementos esenciales y el carácter del sistema de atención médica canadiense siga siendo el fundamento sobre el cual evoluciona el sistema de salud.

NOTAS

1 "Transferencia tributaria" se refiere a la transferencia de un cierto número de puntos de impuestos a la renta y a las empresas del gobierno federal a las provincias; en otras palabras, el gobierno federal acuerda rebajar el impuesto a la renta personal y a las empresas para que las provincias puedan a su vez subir sus propios impuestos en el mismo porcentaje que la reducción tributaria correspondiente del gobierno federal.

2 El Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas clasifica a los países según los siguientes factores: educación, acceso a la atención médica e ingresos medios de sus ciudadanos. Canadá ha encabezado el Índice durante seis años consecutivos (1944-1999). *Informe sobre Desarrollo Humano* del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (años seleccionados), Nueva York: Oxford University Press.

3 Consejo de la Conferencia de Canadá; *Performance and Potential 1998*: Ottawa.

4 KPMG (1999); *The Competitive Alternative: A comparison of business costs in North America, Europe and Japan*: KPMG Canada and Prospectus Inc.

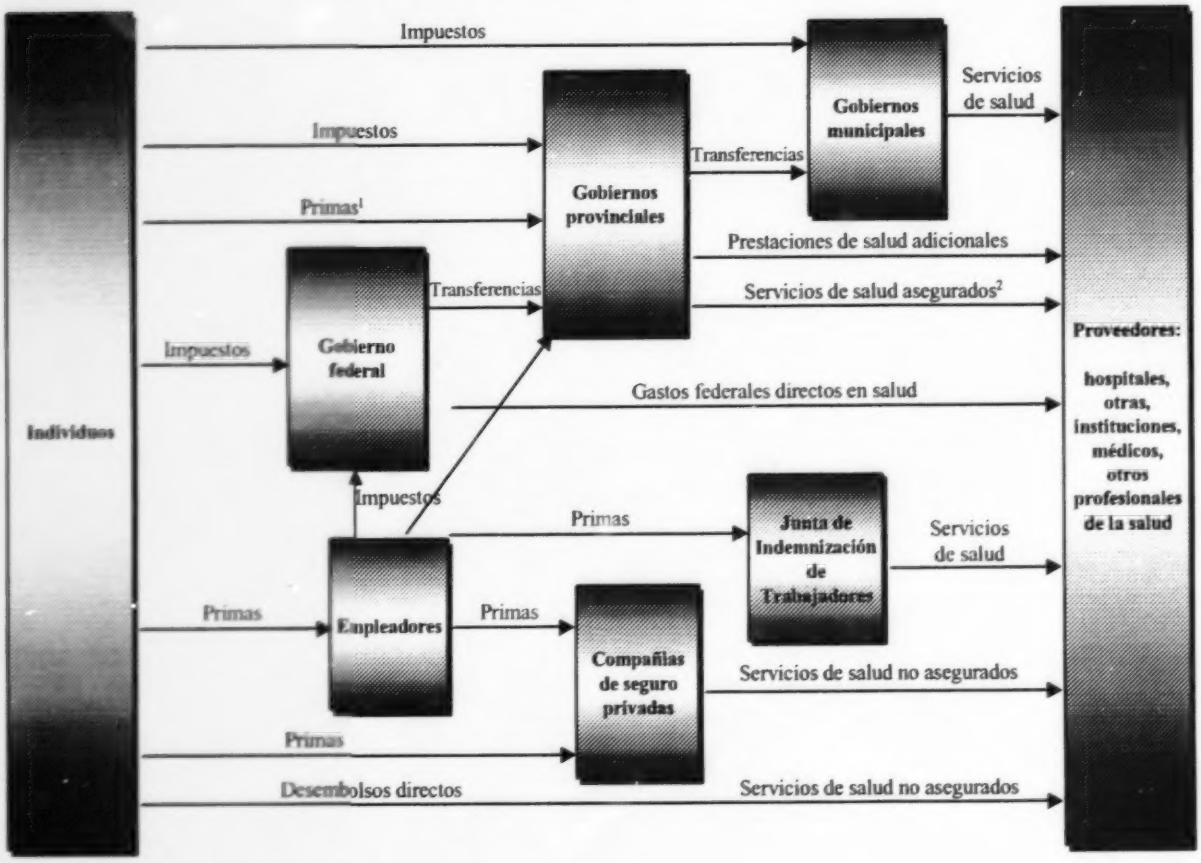
5 Foro Nacional sobre Salud (1997); *Canada Health Action: Building on the Legacy*, Informe final del Foro Nacional sobre Salud, Ottawa.

División de políticas y del sistema de salud
Dirección de información y de política de la salud
Dirección general de políticas y de consultas
Ministerio de Salud de Canadá
Brooke Claxton Building
PL 0910A
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

http://www.hc-sc.gc.ca/

Julio de 1999
Spanish July 1999

Estructura del financiamiento del sistema de atención médica en Canadá



1 Dos provincias, Colombia Británica y Alberta imponen primas de salud.
2. Servicios de atención médica y hospitalaria médicamente necesarios.

Nuestra misión es ayudar a los ciudadanos canadienses a mantener y mejorar su salud.

Health Canada Santé Canada

Health Canada Santé Canada

O Sistema de Cuidados de Saúde do Canadá

Canada

Our mission is
to help the people of Canada
maintain and improve their health.
Health Canada

Inquiries should be directed to:

Health System and Policy Division
Policy and Consultation Branch
Health Canada
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Postal Locator 0910A
Ottawa, Ontario
Canada
K1A 0K9

O Sistema de Cuidados de Saúde do Canadá

O Canadá tem um sistema de assistência médica que é predominantemente financiado pelo sector público e dispensado pelo sector privado. Este sistema pode melhor ser descrito como um conjunto entrelaçado de dez planos de seguro de saúde provinciais e três territoriais. Conhecido pelos Canadianos como o «Medicare», o sistema fornece acesso a uma cobertura universal e abrangente de serviços médico-hospitalares internos e externos clinicamente necessários.

Esta estrutura resulta da afectação constitucional da jurisdição sobre a maioria das componentes da assistência médica a nível de governo provincial. O sistema está designado como um sistema de seguro de saúde «nacional», dado que todos os seguros médico-hospitalares provinciais e territoriais estão coligados através da aderência aos princípios nacionais estabelecidos a nível federal.

A gestão e prestação dos serviços de saúde cabe individualmente a cada província ou território. As províncias e territórios planeiam, financiam e avaliam a prestação da assistência médica, de outros serviços correlatos e certos aspectos da ministração de medicamentos e da sanidade pública.

O papel do Governo federal na assistência médica envolve a fixação e administração de princípios ou normas nacionais do sistema de assistência médica (ou seja, o *Canada Health Act*), assistindo no financiamento dos serviços de assistência médica provinciais, através de transferências fiscais e do exercício das funções que constitucionalmente lhe competem. Uma destas funções é a prestação directa de serviços de saúde a grupos específicos, inclusive veteranos e pessoal militar, povos autóctones residentes em reservas, reclusos de penitenciárias federais e pessoal da Real Polícia Montada do Canadá. Entre as outras funções do Governo federal vinculadas à saúde, contam-se a protecção da saúde, a prevenção das doenças e promoção da saúde.

PRINCÍPIOS DO «MEDICARE»

O *Canada Health Act* estipula os critérios que os planos de saúde provinciais devem satisfazer para que uma província se possa qualificar à transferência por inteiro de pagamentos federais. Estes cinco critérios são conhecidos como os «princípios» do sistema de assistência médica nacional do Canadá.

Administração pública

O plano de seguro de saúde de uma província deve ser administrado e operado, numa base não lucrativa, por um órgão público responsável perante o governo provincial.

Abrangência

O plano deverá segurar todos os serviços clinicamente necessários prestados por médicos e hospitais. Os serviços hospitalares segurados incluem o tratamento dos doentes internados em enfermarias (a não ser que seja clinicamente necessário o alojamento em quartos privados ou semiprivados), os medicamentos, os suprimentos e as análises de diagnose, bem como uma ampla gama de serviços hospitalares a pacientes ambulatórios. A assistência aos casos crónicos também está segurada, embora possa ser exigido algum pagamento extra, em relação a custos de alojamento, aos pacientes que se encontrem mais ou menos em residência permanente na instituição.

Universalidade

O plano deve conferir o direito a toda a população segurada (ou seja, os residentes admissíveis) aos serviços de saúde segurados, segundo termos e condições uniformes.

Acessibilidade

Segundo termos e condições uniformes, o plano deve dispensar, sem entraves, um justo acesso aos serviços médico-hospitalares segurados, inclusive encargos adicionais aos pacientes segurados por serviços segurados. Ninguém pode ser discriminado em termos de atendimento, idade, estado de saúde, etc.

Transferibilidade

Os residentes continuam a ter direito à cobertura se mudarem para outra província ou quando em viagem no Canadá ou no estrangeiro. Todas as províncias impõe certos limites à cobertura dos serviços prestados fora do Canadá, e poderão exigir aprovação prévia para serviços fora da província que não sejam casos de emergência.

Eis como o sistema funciona

O sistema de assistência médica canadiano assenta principalmente nos médicos de assistência primária (como os médicos de clínica geral), que representam cerca de 51% de todos os médicos activos no Canadá. Estes médicos constituem, geralmente, o contacto inicial com o sistema de assistência médica convencional, sendo eles que controlam o acesso à maioria dos especialistas, dos profissionais afins, das admissões hospitalares, das análises de diagnósticos e da ministração de medicamentos.

O Canadá não possui um sistema de «medicina socializada», com médicos empregados pelo Governo. A maioria dos médicos são profissionais privados que trabalham em consultórios, independentemente ou em grupos, e desfrutam de elevado nível de autonomia. Certos médicos trabalham em centros de saúde comunitários, em clínicas hospitalares ou ligados a departamentos hospitalares de tratamento ambulatório. Os médicos privados são geralmente remunerados numa base de pagamento por serviços prestados, após apresentarem suas notas de honorários directamente ao Plano de Seguro provincial para pagamento. Médicos em outros tipos de consulta também podem ser remunerados numa base de pagamento por serviços prestados, embora mais provavelmente recebam ordenado ou remuneração através de um esquema de pagamento alternativo.

Quando os Canadianos necessitam de assistência médica, dirigem-se, na maioria dos casos, ao médico ou clínica da sua preferência, onde apresentam o cartão de seguro de saúde emitido a todos os residentes admissíveis de cada província. Os Canadianos não pagam directamente pelos serviços segurados de hospitais e médicos, nem tão pouco lhes é exigido que preencham formulários pelos serviços segurados. Não existem dedutíveis, pagamentos complementares ou limites monetários na cobertura dos serviços segurados. Em certa medida, a assistência médica primária também inclui nos seus quadros um certo número de membros de serviços de saúde afins. Os dentistas trabalham independentemente do sistema de assistência médica, excepto quando é necessária cirurgia dental hospitalar. Embora o pessoal de enfermagem esteja por regra empregado no sector hospitalar, este também presta apoio aos serviços primários, tipicamente em conjunção com práticas privadas. Os farmacêuticos dispensam os remédios receitados e outros produtos farmacêuticos e também actuam como fonte de conhecimentos independente, ao prestarem informações sobre os remédios receitados ou através de apoio na compra de preparações que não careçam receita.

Mais de 95% dos hospitais canadianos são operados como entidades privadas e sem fins lucrativos, dirigidas por conselhos de dirigentes comunitários, organizações de solidariedade ou autarquias municipais. Os hospitais têm controlo da dotação diária dos recursos, contanto que não ultrapassem os limites orçamentários operacionais estabelecidos pelas autoridades regionais ou provinciais. Os hospitais estão essencialmente sob a tutela das comunidades que servem e não da burocracia provincial. O sector hospitalar comercial compreende, sobretudo, os estabelecimentos de cuidados a longo prazo ou os serviços especializados, tais como centros de desintoxicação.

Além dos serviços médico-hospitalares segurados, as províncias e territórios também prestam cobertura pública a certos grupos da população (por exemplo, idosos, crianças e beneficiários da previdência social) em relação a serviços de saúde não abrangidos pelo regime de seguro de saúde nacional. Esta prestação de serviços de saúde suplementares geralmente inclui medicamentos, clínica dentária, oftalmologia, serviços de outros profissionais de saúde – como podiatras e quiropráticos – e cuidados a domicílio às pessoas que prefiram a autonomia de seus lares do que a institucionalização.

Embora as províncias e territórios prestem certos benefícios adicionais, os serviços de saúde suplementares são fornecidos principalmente pelo sector privado, tendo os Canadianos de pagar particularmente estes serviços de saúde não segurados. O montante dos gastos a pagar pessoalmente pelo indivíduo pode depender do seu rendimento ou capacidade de pagamento. Os indivíduos e famílias podem optar pelo seguro privado ou beneficiar de um plano de seguro de grupo empresarial, que lhes paga determinada parcela das despesas dos serviços de saúde suplementares. Ao abrigo da maioria das leis provinciais, as seguradoras privadas não podem oferecer cobertura que duplique a dos programas

do Governo, embora possam competir no mercados dos benefícios suplementares.

Marcos importantes na evolução do seguro de saúde universal

O sistema de seguro de saúde do Canadá evoluiu até à sua presente forma através de cinco décadas.

Antes do fim dos anos 40, a medicina privada dominou a assistência médica canadiana, pelo que o acesso aos serviços de saúde era baseado na capacidade de pagamento. A tendência para o seguro de saúde financiado publicamente começou em 1947, quando a província de Saskatchewan introduziu um plano de seguro público para os serviços hospitalares. Em 1956, o Governo federal, procurando incentivar os programas de seguro hospitalar em todas as províncias, ofereceu-se para comparticipar os serviços hospitalares e de diagnóstico numa base mais ou menos a meias. Em 1961, todas as dez províncias e os dois territórios tinham celebrado acordos a estabelecer planos de seguro público, que prestavam cobertura universal pelo menos pelos serviços hospitalares aos internados que se qualificassem para a comparticipação federal nos custos.

Os serviços médicos públicos também tiveram o seu início na província de Saskatchewan, proporcionando cobertura às consultas e serviços médicos prestados fora dos hospitais. Em 1968, o Governo federal promulgou legislação sobre a sua comparticipação no custo dos serviços provinciais de assistência médica, igualmente numa base mais ou menos a meias. Ao chegar a 1972, todos os planos provinciais e territoriais tinham sido ampliados de modo a incluir as consultas médicas privadas. Foi assim alcançado no Canadá, nesse ano, o objectivo de um plano nacional de seguro de assistência médico-hospitalar.

Nos primeiros vinte anos, a comparticipação do Governo federal em apoio do «Medicare» era determinada em termos de uma percentagem - cerca de metade - dos gastos provinciais com os serviços de saúde segurados específicos. Em 1977, estes acordos de comparticipação de custos foram substituídos, numa base *per capita*, por transferências para as províncias e territórios, conhecidas sob a denominação de financiamento em bloco. No período de 1977 a 1996, a comparticipação federal baseou-se numa dotação uniforme *per capita* e adquiriu a forma de uma transferência de impostos (poder de tributação)[1] e de pagamentos em numerário.

Com a chegada dos acordos do financiamento em bloco, em 1977, o direito da província à comparticipação federal passou a depender exclusivamente do seu cumprimento dos critérios estabelecidos na legislação federal sobre assistência médica. Como as transferências deixaram de estar vinculadas aos gastos provinciais dos serviços médico-hospitalares, as províncias tinham flexibilidade para investir noutras abordagens na área da prestação de serviços de saúde, tais como em serviços de assistência médica ampliados e em centros de saúde comunitários, ou na ampliação da cobertura de benefícios de médicos suplementares, como medicamentos para pessoas idosas ou clínica dentária para crianças.

Em 1979, foi empreendida uma revisão dos serviços de saúde pela Comissão Hall. Esta revisão referiu que a assistência médica no Canadá se situava entre as melhores do mundo; no entanto, advertiu que a facturação complementar pelos médicos - exigindo que os pacientes suplementassem o que lhes era pago pelo plano provincial - e as taxas de usuário impostas pelos hospitais estavam a criar um sistema de dois escalões que ameaçava a acessibilidade à assistência médica.

Em resposta a estas preocupações, o Governo federal reafirmou o seu empenho num sistema de seguro de saúde universal acessível, polivalente, transferível e publicamente administrado, quando em 1984 o Parlamento do Canadá promulgou o *Canada Health Act*. Para desencorajar as taxas de usuário e a facturação complementar, se alguma província autorizar a imposição de tais encargos extra para serviços de saúde segurados, a Lei federal prevê sanções compulsórias numa base de dólar por dólar, a deduzir das transferências de pagamentos federais.

O Governo federal mantém-se firmemente empenhado nos princípios do *Canada Health Act*.

Financiamento

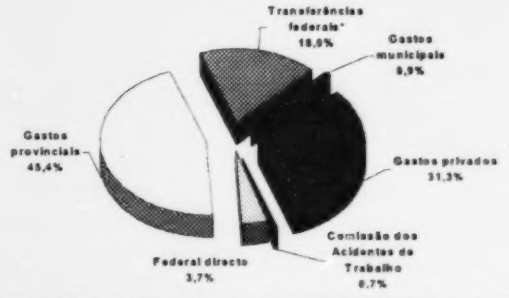
A assistência médica no Canadá é, essencialmente, financiada pela tributação, sob a forma de impostos de renda a nível individual e empresarial. Algumas províncias usam métodos de financiamento subsidiários nominalmente objectivados para a assistência médica, tais como impostos sobre as vendas, deduções nas folhas de férias e receitas de lotarias. Contudo, estes fundos não são especificamente destinados à saúde, mas sim acrescentados às receitas centrais da província, e desempenham um papel relativamente menor no financiamento da assistência médica. Há duas províncias (Alberta e Colômbia Britânica) que utilizam prémios de assistência médica. Em ambas as províncias, os prémios não são classificados por risco e o pré-pagamento de um prémio não é uma condição prévia para o tratamento, de acordo com o *Canada Health Act*.

Em relação ao período de 1977 a 1996, a comparticipação federal para os serviços de saúde segurados foi combinada com o do ensino pós-secundário e fornecido através de uma transferência de financiamento em bloco. A comparticipação federal foi baseada numa dotação equitativa *per capita*, ajustada anualmente de acordo com as mudanças no Produto Nacional Bruto e calculada independentemente dos custos provinciais.

A partir de 1996-1997, a comparticipação do Governo federal para os programas de saúde e previdência social provinciais foi consolidado numa transferência de bloco singular, denominada «Canada Health and Social Transfer». O financiamento federal é transferido para as províncias como uma combinação de contributos em numerário e pontos fiscais. A exemplo do acordo anterior de transferências, os planos de seguro de saúde provinciais devem aderir aos princípios do *Canada Health Act*, a fim de serem elegíveis à transferência integral de pagamentos federais.

A fim de fortalecer o sistema de cuidados de saúde, o Governo federal anunciou, no Orçamento do Estado para 1999, que as províncias e territórios receberão uma verba extra de 11,5 mil milhões de dólares no quinquénio de 1999-2000 a 2003-2004, especificamente para cuidados de saúde ao abrigo do programa canadiano de transferências para fins de saúde e sociais (Canada Health and Social Transfer).

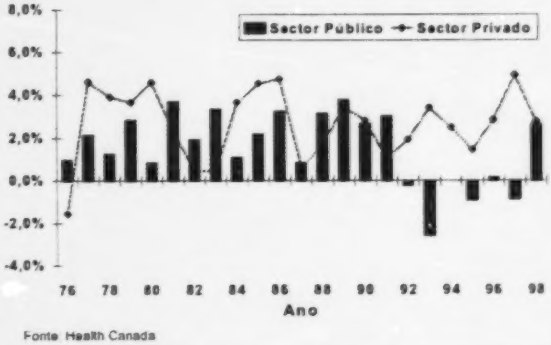
Figura A
Distribuição dos Gastos com a Saúde por sector financeiro, Canadá, 1998



* As transferências federais são basicamente a parcela de saúde do «Canada Health and Social Transfer», calculadas à base da distribuição de 1995-1996 do «Established Programs Financing (EPF)» e do «Canada Assistance Plan (CAP)»

Fonte: Health Canada

Figura B
Percentagem da Variação dos Gastos Reais Per Capita Públicos e Privados Canada, 1976 a 1998



Fonte: Health Canada

O diagrama esquemático da Estrutura de Financiamento do Sistema de Saúde, no Canadá, indica que o fluxo de fundos dos cidadãos (no lado esquerdo do diagrama) na forma de pagamentos de impostos e de prémios aos governos, empregadores e seguradoras privadas, financia o sistema de prestação de assistência médica e dos seus prestadores (no lado direito do diagrama).

Gastos com saúde

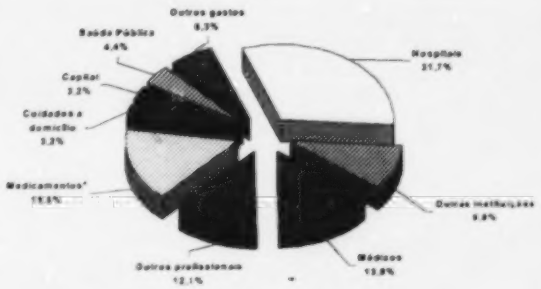
Em 1998, o total das despesas com a saúde no Canadá (em dólares correntes) foi de 82,5 mil milhões de dólares canadianos ou 2694 dólares canadianos *per capita* (aproximadamente US$ 1785). Em 1998, os gastos com saúde representaram 9,3% do Produto Interno Bruto, uma baixa, em relação aos picos de 1992, de 10,1% do PIB. Os gastos com a assistência médica podem chegar a cerca de um terço do programa de gastos da província.

O financiamento pelo sector público representa cerca de 68,7% dos gastos totais com a saúde. Os restantes 31,3% são financiados privadamente, através de seguro suplementar, benefícios patrocinados pelo empregador ou directamente por pagamentos do próprio bolso (Figuras A e D). Os controlos inerentes ao método de um pagador único da assistência médica são reconhecidos como fortes contribuidores para o recente sucesso de contenção de custos no Canadá.

O atributo de um pagador único do seguro público tem permitido às províncias e territórios controlarem melhor o crescimento dos gastos com a saúde no sector público do que tem sido o caso no setor privado. (Figura B). As províncias e territórios dispõem de consideráveis poderes de gestão dos gastos com a assistência médica. Por exemplo, os gastos operacionais de um hospital são liquidados a partir de um orçamento anual que a instituição negoceia com o ministro da Saúde provincial, ou com uma autoridade regional, em função da entrega de muitas funções de planeamento e prestação de serviços de saúde às comunidades desde princípios da década de 90. Na maioria dos casos, as propostas para a ampliação de programas, serviços e instalações de saúde devem ser aprovadas pelas autoridades comunitárias e provinciais. A aquisição e distribuição de dispendiosos equipamentos de alta tecnologia, entre os hospitais de uma região, está também sujeita a aprovação prévia, para evitar duplicações de serviços desnecessárias ou a sua subutilização.

As remunerações dos serviços dos médicos também são negociadas entre as províncias e as associações médicas provinciais, em função dos aumentos de honorários e da utilização dos *serviços, com ressalva das diversas formas de* «plafonds» individuais ou globais dos médicos. Os ordenados dos serviços do pessoal de enfermagem são, geralmente, fixados através de negociações colectivas entre sindicatos e empregadores.

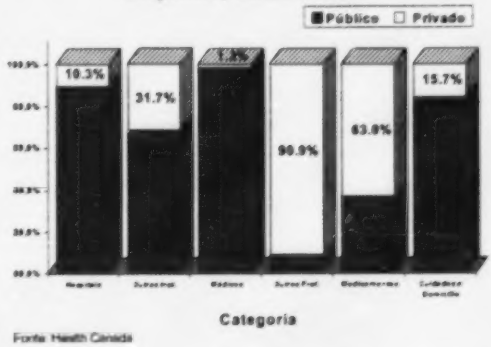
Figura C
Total dos Gastos com a Saúde por Categoria de Dispêndio, Canadá, 1998



* Inclui medicamentos dispensados nos hospitais

Fonte: Health Canada

Figura D
Comparticipações Pública e Privada dos Gastos com a Saúde por Categoria de Dispêndio, Canadá, 1998



Fonte: Health Canada

Benefícios do «Medicare»

O estado de saúde da população canadiana

Um dos mais importantes indicadores do sucesso do sistema é o favorável estado de saúde dos Canadianos. A perspectiva de vida dos canadianos, nascidos em 1997, era de 78,6 anos (81,4 para as mulheres e 75,8 para os homens) – uma das mais elevadas dos países industrializados. A taxa de

mortalidade infantil de 5,6 por mil nado-vivos, em 1996, era uma das mais baixas do mundo. O sistema de assistência médica canadiano está visto como um importante factor no *ranking* canadiano de primeiro país do mundo no Índice de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas.[2]

Benefícios económicos

O «Medicare» fornece uma diversidade de benefícios económicos, decorrentes da eficiência e da economia de custos, aliadamente ao financiamento público e às vantagens competitivas que fornece ao empresariado canadiano. O financiamento público espalha, através da sociedade, o custo de prestação de serviços de saúde de forma equitativa. Além das vantagens que um pagador único confere ao sistema de saúde canadiano, o financiamento do seguro de saúde através do sistema de tributação é eficiente, porque não exige a criação de um processo separado de cobrança.

> *O sistema de cuidados de saúde canadiano é um dos determinantes centrais da nossa competitividade industrial e da nossa qualidade de vida* (Conference Board of Canada, 1998).[3]

Um estudo de 1999 empreendido pela KPMG (uma firma internacional de consultoria empresarial), comparando os custos empresariais na América do Norte, Europa e Japão, concluiu que o Canadá é o país com custos empresariais mais baixos. Uma significativa vantagem é a dos encargos salariais no Canadá serem mais baixos, em virtude do menor custo das regalias acordadas ao pessoal, especialmente o seguro médico.[4]

O empresariado canadiano apoia o programa de seguro de saúde não só porque a sua eficiência tem sido comprovada, mas também pelas vantagens competitivas que fornece ao setor empresarial. Estas vantagens incluem benefícios aos empregados a custo mais baixo e a promoção de uma força de trabalho móvel e saudável. Enquanto a universalidade de acesso a serviços de assistência médica de qualidade ajuda a assegurar uma população sadia e, por conseguinte, uma força

Fórum Nacional sobre Saúde[5]

O Fórum Nacional sobre Saúde foi criado em 1994 com o objectivo de envolver o público e os intervenientes do setor de saúde num diálogo sobre o rumo a traçar quanto ao futuro da saúde e dos cuidados de saúde no Canadá. Em 4 de Fevereiro de 1997, este Fórum apresentou o seu relatório final sob o título "Canada Health Action: Building on the Legacy". O remédio geral prescrito para suster no futuro o sistema de cuidados de saúde do Canadá é o de se estabelecer um equilíbrio entre as acções de causas determinantes não médicas e as acções no interior do próprio sistema de saúde.

Em termos económicos, o Fórum afirmou que o modelo de um pagador único do seguro de saúde público (Medicare) constitui o melhor método de exercer controlo sobre os gastos gerais com a saúde. O relatório concluiu que é necessário um leque de acções concertadas baseadas em decisões tomadas com conhecimento de causa, a fim de tornar o sistema mais eficiente, mais efectivo e mais reflectidor das práticas contemporâneas de prestação de serviços de saúde. Eis algumas das recomendações:

- restruturação da organização, financiamento e prestação de serviços de saúde primários; financiamento dos cuidados de saúde, de preferência ao financiamento do provedor ou das instalações; a adopção de medidas que coloquem a assistência médica a domicílio e os medicamentos clinicamente necessários ao abrigo do sistema de cuidados de saúde financiado por fundos públicos;

- uma estratégia ampla, que integre a criança e a família e contenha programas e apoio aos rendimentos; a criação de uma fundação nacional para fortalecer a acção comunitária; um Instituto de Saúde Aborígene; ajuda às pessoas que procurem ingressar no mercado do trabalho; e

- a adopção de um sistema baseado na prova, a níveis clínico, de gestão e de política, assim como a nível de informação pública - com liderança federal nesta área, através da criação de um sistema de informação sobre a saúde da população à escala nacional.

No Orçamento do Estado para 1997, o Governo do Canadá proporcionou algumas respostas iniciais a várias das recomendações do Fórum, ao anunciar uma verba de 300 milhões de dólares (a distribuir no curso dos próximos três anos) para o seguinte: um novo Fundo de Transição de Saúde (focando comprovadas inovações em termos de prestação de cuidados a domicílio, cuidados fármacos, cuidados primários e serviços integrados; uma estratégia nacional para um Sistema Canadiano Integrado de Informações sobre Saúde; e o acrescido financiamento de iniciativas sobre nutrição infantil e pré-natal a nível comunitário.

laboral saudável e produtiva, o carácter nacional do sistema de seguro de saúde do Canadá optimiza a mobilidade da força laboral, o que pode ser muito importante em termos de responder à evolução das exigências e oportunidades empresariais.

A cobertura do seguro de saúde público, no Canadá, apenas tem por base a residência. O princípio da transferibilidade do *Canada Health Act* assegura que os residentes continuam cobertos quando mudam ou se ausentam temporariamente da sua província. Assim, os trabalhadores não têm que temer a perda de protecção do seguro de doença, para si ou suas famílias, por motivo de mudança de emprego ou de mudança de província em busca de trabalho.

O renovamento do sistema de cuidados de saúde do Canadá.

A partir do início da década de 80, os gastos com a assistência médica começaram a exigir maiores fracções dos recursos provinciais gerais, a ponto destes representarem entre 28% e 36% do programa de gastos provinciais. Responsável por tão grande proporção dos gastos provinciais, a assistência médica foi alvo de contenção dos custos e de maior eficiência pela maioria das províncias. Estas foram capazes de exercer muitos destes controlos de custos, através da utilização dos poderes advindos de uma estrutura de pagador único.

Existe uma crescente percepção de mudança nas futuras carências de saúde da população, e um entendimento do verdadeiro impacte da assistência médica no estado geral de saúde da população. Este facto é óbvio através da mudança da política geral, que abandonou os debates sobre o sistema de assistência médica, para passar a se concentrar no *sistema de saúde*. Este reconhece que a saúde é algo mais que assistência médica. A direcção geral das novas orientações da política provincial é a continuação da deslocação da ênfase na assistência médica, para uma perspectiva da saúde mais abrangente e integrada.

Os Governos federal e provinciais têm respondido à necessidade de adaptar o sistema, de várias maneiras, às realidades actuais, designadamente: através da adopção de um determinante da estrutura da saúde, que reconheça que embora a assistência médica seja evidentemente um importante factor para a saúde, o seu papel deve ser colocado no contexto de apenas uma componente de um conjunto de determinantes de saúde muito mais amplo; passando a ênfase do sistema de assistência médica dos modelos de

CANADÁ: FACTOS SELECCIONADOS

	Totais	Ano
Dados demográficos		
População (em milhões)	30,9	1999*
% da pop. de 0 a 24 anos	33,2	1998*
" " " 25 a 44 "	32,3	1998*
" " " 45 a 64 "	22,2	1998*
" " " 65 +	12,3	1998*
Indicadores de saúde		
Esperança de vida ao nascer (anos)	78,6	1997*
Média de idade das mulheres	36,1	1996*
Média de idade dos homens	34,5	1996*
Taxa de mortalidade infantil por cada 1000 nado-vivos	5,6	1996*
Potenciais anos de vida perdidos por cada 100 mil habitantes	3 483	1996*
Principais causas de mortalidade (% do total das causas)		
cancro	27,2	1997*
doenças cardíacas	26,6	1997*
doenças cerebrovasculares (principalmente apoplexia)	7,4	1997*
Hospitais e outras instituições		
Dias de hospitalização por 1000 hab.	1 132	96-97*
Média de dias de hospitalização	10,7	1996*
Leitos de hospital por 1000 hab.	5,6	93-94*
Leitos hospitalares privados por 1000 hab.	8,1	93-94*
Custo médio diário de internamento hospitalar	$623	95-96**
Pessoal hospitalar por leito	3,0	95-96**
Prestadores de serviços de saúde		
Número total de médicos	55 243	1997**
Médicos activos por 100 mil hab.	183	1997**
Nº de médicos de clínica geral	28 108	1997**
% de médicos em clínica geral	50,9	1997**
Nº de especialistas	27 135	1997**
% de médicos especialistas	49,1	1997**
Especialistas por 100 mil hab.	90	1997**
Enfermeiras(os) diplomados	229 813	1997**
Enfermeiras(os) diplomados por 100 mil hab.	763	1997**

* Statistics Canada (Estatísticas Canadá)
** Canadian Institute for Health Information (Instituto Canadiano de Informações de Saúde)

prestação de serviços institucionalmente baseados (ou seja, nos médicos e hospitais), para modelos integrados baseados na comunidade que coloquem acrescida ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças; e, pelo desenvolvimento de estratégias para a gestão coordenada da força laboral do serviço médico-hospitalar, inclusive a remuneração, a distribuição geográfica e o uso apropriado dos diversos prestadores de serviços de saúde.

Os Governos, os prestadores de serviços de saúde e os Canadianos concordam unanimemente que todos os esforços, para a preservação e optimização do sistema de cuidados de saúde do Canadá, devem estar alicerçados nos cinco princípios fundamentais do *Canada Health Act*, que norteiam a concepção e operação do nosso sistema de seguro de saúde nacional. Os Canadianos vêem a assistência médica como um direito fundamental, e têm em alto apreço o seu sistema de saúde. Eles identificam-se fortemente com o seu sistema de cuidados de saúde, porque o mesmo exemplifica muitos dos valores comuns da nossa sociedade, tais como equidade, justiça, compaixão e respeito pela dignidade fundamental de todos. A aderência aos princípios do *Canada Health Act* permanecerão uma importante característica do sistema de cuidados de saúde do Canadá, na medida em que este continua a evoluir em resposta às necessidades dos Canadianos.

Conclusões

O Canadá tem tido sucesso nos seus esforços de contenção dos gastos com a saúde nacional. Em meados da década de 90, os gastos com a saúde estabilizaram-se e até baixaram um pouco. Embora a contenção dos gastos, no seio de sectores específicos, se mantenha uma prioridade destinada a permitir a reafectação dos recursos, as preocupações pragmáticas de contenção dos gastos em geral têm sido amplamente atendidas. Actualmente, o Canadá está a voltar a sua atenção para as questões a longo prazo relativas ao futuro do sistema nacional de saúde.

Estas questões a longo prazo visam assegurar que o sistema de assistência médica continue a propiciar a obtenção de bons resultados em termos de serviços de saúde e de estado de saúde. Existe unanimidade geral de que para tornar o sistema de cuidados de saúde mais sensíveis às necessidades e de alta qualidade, que possa providenciar os necessários cuidados de saúde dentro de moldes eficazes e a custo acessível.

Os Canadianos contam ser informados acerca do desempenho do seu sistema de cuidados de saúde e de serem envolvidos na transição do sistema para atender às suas necessidades no século XXI e para além.

No Orçamento do Estado para 1999, o Governo federal anunciou importantes medidas para fortalecer os cuidados de saúde no Canadá, melhorar a saúde dos Canadianos e optimizar a investigação na área da saúde. Os pagamentos de transferência para as províncias e territórios destinados aos cuidados de saúde aumentarão de 11,5 mil milhões de dólares, no quinquénio de 1999-2000 a 2003-2004. Em acréscimo ao aumento das transferências, o Orçamento do Estado para 1999 aplicará 1,4 mil milhões de dólares, durante um período de três anos, em áreas-chave como investigação, informação e tecnologia, assim como em sistemas e programas de saúde e no incremento da promoção da saúde e dos programas de protecção da saúde. Este investimento na saúde dos Canadianos e no seu sistema de cuidados de saúde representa o mais inédito e o maior investimento singular jamais feito pelo Governo.

Prevê-se que o sistema de assistência médica canadiana continue o seu desenvolvimento, através de um processo evolucionário, na medida em que se processa a sua renovação de modo a reflectir a nova visão de um sistema de saúde. Embora a assistência médica, com o seu enfoque nos serviços médico-hospitalares, continue a desempenhar proeminente e vital papel, a mesma está a ser crescentemente reconhecida como apenas uma componente de um sistema mais amplo de saúde, que engloba uma vasta gama de serviços, de prestadores de serviços e de instalações clínico-hospitalares. O apoio e a aderência através do País aos princípios nacionais do *Canada Health Act* servirão para garantir que os elementos essenciais e o carácter do sistema

canadiano de assistência médica continuarão a formar as bases em que assentará a evolução do sistema de cuidados de saúde do Canadá.

NOTAS

1. «A transferência de impostos» significa a transferência de um dado número de pontos do imposto de renda, de indivíduos e empresas, do Governo federal para as províncias: o imposto federal foi baixado e o imposto provincial aumentado por uma diferença equivalente.

2. O Índice de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas classifica os países segundo o grau de instrução, acesso a cuidados de saúde e rendimento médio dos seus cidadãos. Há seis anos seguidos (1994 a 1999) que o Canadá se tem classificado no topo deste índice. United Nations Development Programme (selected years). Human Development Report, New York: Oxford University Press.

3. Conference Board of Canada: *Performance and Potential 1998*: Ottawa.

4. KPMG (1999); *The Competitive Alternative: A comparison of business costs in North America, Europe and Japan*: KPMG Canada and Prospectus Inc.

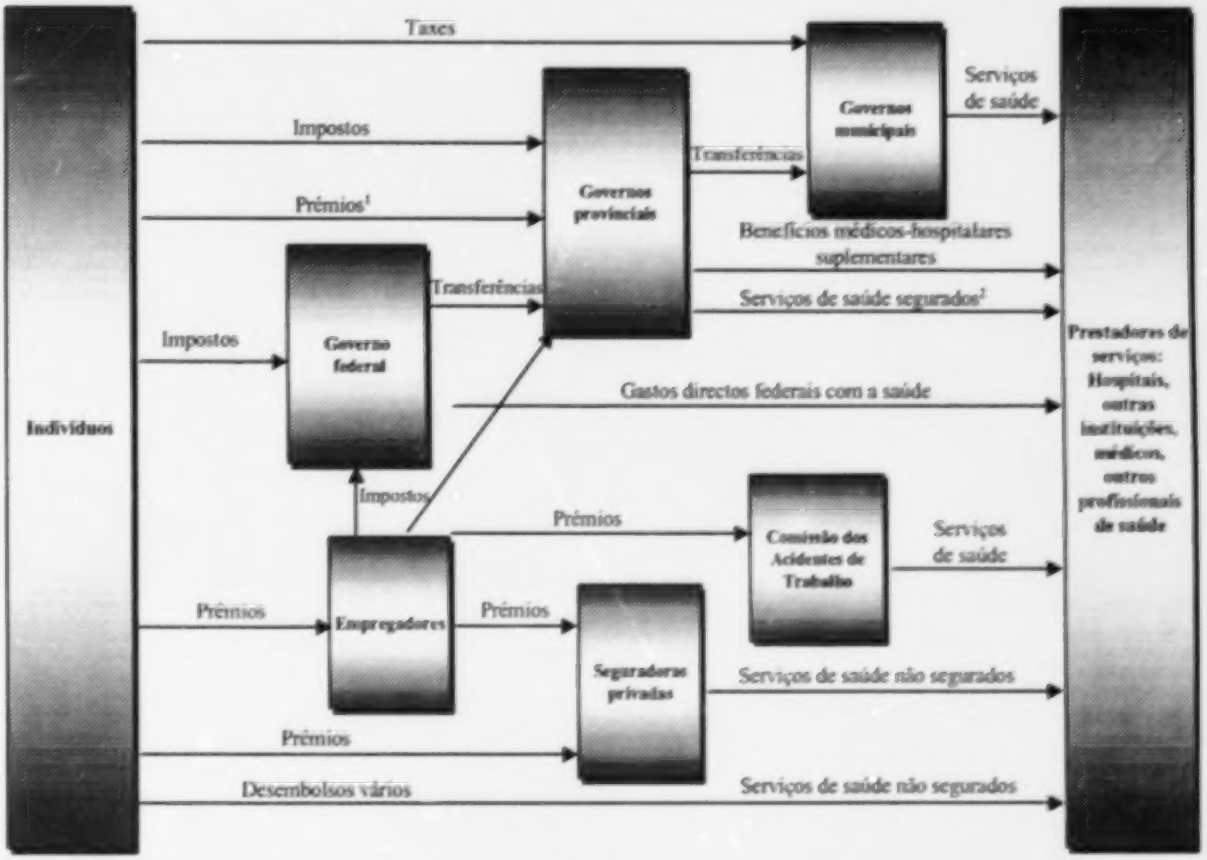
5. National Forum on Health (1997); *Canada Health Action: Building on the Legacy*, Final Report of the National Forum on Health, Ottawa.

Health System and Policy Division
Health Policy and Information Directorate
Policy and Consultation Branch
Health Canada
Brooke Claxton Building
PL 0910A
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

http://www.hc-sc.gc.ca/

Julho de 1999
Portuguese July 1999

A estrutura de financiamento do sistema de saúde do Canadá



1 Há duas províncias, Colômbia Britânica e Alberta, que cobram prémios de seguro de saúde.
2. Assistência médico-hospitalar clinicamente necessária.

A nossa missão é ajudar o povo do Canadá a manter e a melhorar a sua saúde.

Health Canada Sante Canada